



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CÂMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

GLÁUCIA PEREIRA AMARAL

**A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE, A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E OS DIREITOS DA PESSOA COM CÂNCER NO BRASIL**

MIRACEMA DO TOCANTINS (TO)

2019

GLÁUCIA PEREIRA AMARAL

A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE, A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE (SUS) E OS DIREITOS DA PESSOA COM CÂNCER NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social, apresentado à Universidade Federal do Tocantins (UFT), Câmpus Universitário de Miracema para a obtenção do título de bacharela em Serviço Social e, sob a orientação da Professora Doutora Vanda Micheli Burginski.

MIRACEMA DO TOCANTINS (TO)

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

A485t AmaraI, Gláucia Pereira.

 A trajetória da política de saúde, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e os direitos da pessoa com câncer no Brasil. / Gláucia Pereira AmaraI.
 – Miracema, TO, 2019.

 42 f.

 Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus
 Universitário de Miracema - Curso de Serviço Social, 2019.

 Orientadora : Vanda Micheli Burginski

 1. Política de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde (SUS) - Brasil. 3. Direitos
 das pessoas com Câncer.. 4. Tratamento oncológico - Palmas (TO). I. Título

CDD 360

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

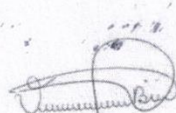
GLÁUCIA PEREIRA AMARAL

A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE, A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE (SUS) E OS DIREITOS DA PESSOA COM CÂNCER NO BRASIL

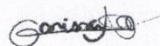
Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social, apresentado à Universidade Federal do Tocantins (UFT), Câmpus Universitário de Miracema para a obtenção do título de bacharela em Serviço Social e, sob a orientação da Professora Doutora Vanda Micheli Burginski.

Data de Aprovação 20/09/2019

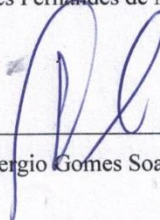
Banca examinadora:



Prof.(a) Dr.(a) Vanda Micheli Burginski- Orientador (a), UFT.



Prof.(a) Dr.(a) Clarissa Alves Fernandes de Menezes - Examinador (a), UFT.



Prof.(a) Dr.(a) Paulo Sergio Gomes Soares - Examinador (a), UFT.

Aos meus pais e as pessoas que estão na luta
contra o Câncer.

AGRADECIMENTOS

À Deus, motivo do meu existir, por me conceder a oportunidade de cursar, um nível superior em Universidade Federal.

Aos meus Pais pelos incentivos morais, espirituais e financeiros. Aos meus irmãos por estarem comigo nos momentos mais difíceis me dando forças.

A minha cunhada por te me apresentado com a obra Câncer Direito e Cidadania da autora Antonieta Barbosa, mesmo não sabendo que esta viesse fazer toda diferença e proporcionando me mais um olhar crítico, sobre os direitos da pessoa acometida pelo câncer.

Ao meu tio por ofertar passagens, contribuindo no meu traslado até cidade Miracema.

A minha tia e família por me recebido em sua residência, nas fases iniciais do Curso.

Aos meus colegas da quarta turma de Serviço Social, pela homenagem feita a minha pessoa.

Aos Professores e Professoras pelo brilhante trabalho que vêm exercendo e em especial a minha orientadora Professora Dra. Vanda Micheli Burginski pela paciência, dedicação, companheirismo, para com a minha pessoa.

Agradeço à banca examinadora por aceitar avaliar meu trabalho, meus eternos agradecimentos.

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso intitulado “A Trajetória da Política de Saúde, Construção do Sistema Único De Saúde (SUS) e os Direitos da Pessoa com Câncer no Brasil”. Teve como objetivos de estudo e consistiram em: conhecer a trajetória sóciohistórica da saúde enquanto direito, processo que culminou na configuração do SUS no âmbito da Seguridade Social brasileira, bem como, suas dificuldades de materialização; sistematizar os direitos das pessoas com câncer no âmbito do SUS e alguns aspectos dessa particularidade no Tocantins. Além disso, abordamos aspectos relativos à dimensão social e emocional da doença, dado o fato de se tratar de doença grave, quase sempre o “significado de morte”. A metodologia utilizada consistiu em realizar um levantamento bibliográfico acerca do tema. Assim, procedemos à análise de produções teóricas acerca da política de saúde, a partir de autores/as críticos, com destaque para a tradição marxista. Para os pacientes oncológicos que recebem tratamento no município de Palmas- Tocantins, há uma rede de atendimento de alta complexidade e serviços especializados ofertados no hospital geral de Palmas, onde são realizados procedimentos como: consultas, exames e encaminhamento para equipe multidisciplinar. Em sua política interna, o HGP é aberto para outros estados e municípios, a regulação é feita pelo sistema ANPES, ou Secretaria dos Municípios. A UNACON é uma Unidade de Assistência de Alta complexidade, a mesma tem em sua equipe três médicos. As radioterapias e quimioterapias, quando são solicitadas para realizar os dois procedimentos associados, os pacientes são encaminhados pelo tratamento fora do domicílio (TFD) a contemplar a cidade Imperatriz-MA, em caso de Câncer de Colo de Útero, em casos que os usuários não necessitam fazer os dois procedimentos na mesma data, a radioterapia é realizada no hospital do Câncer em Palmas. Sobre as redes de apoio existentes, podemos afirmar como um suporte à rede oncológica, eximido a característica substitutiva da mesma; dentre elas em Palmas existe, Secretaria dos Municípios; Casa de Apoio; Liga Feminina.

Palavras-chave: Política de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Direitos das pessoas com Câncer.

ABSTRACT

This paper concludes the course entitled “The Trajectory of Health Policy, Construction of the Unified Health System (SUS) and the Rights of People with Cancer in Brazil”. The objectives of the study were: to know the socio-historical trajectory of health as a right, a process that culminated in the configuration of SUS within the Brazilian Social Security, as well as its difficulties in materialization; systematize the rights of people with cancer within the SUS and some aspects of this particularity in Tocantins. In addition, we address aspects related to the social and emotional dimension of the disease, given the fact that it is a serious disease, almost always the “meaning of death”. The methodology used consisted of conducting a bibliographic survey about the theme. Thus, we proceed to the analysis of theoretical productions about health policy, from critical authors, highlighting the Marxist tradition. For cancer patients receiving treatment in the city of Palmas-Tocantins, there is a highly complex care network and specialized services offered at Palmas general hospital, where procedures such as consultations, examinations and referral to a multidisciplinary team are performed. In its internal policy, the HGP is open to other states and municipalities, the regulation is made by the ANPES system, or Municipalities Secretariat. UNACON is a High Complexity Care Unit, which has three doctors on staff. Radiotherapies and chemotherapies, when requested to perform the two associated procedures, patients are referred for treatment away from home (PDT) to include the city of Imperatriz-MA, in case of Cervical Cancer, in cases that users do not have. need to perform both procedures on the same date, radiotherapy is performed at the Cancer Hospital in Palmas. About the existing support networks, we can affirm as a support to the cancer network, without its substitutive feature; among them in Palmas there is the Municipalities Secretariat; Support House; Women's League.

Keywords: Health Policy. Unified Health System (SUS). Rights of people with cancer.

“Inúmeras pessoas limitam a felicidade e o sucesso na vida, porque jamais percebem a importância das palavras, palavras de todos os tipos”.

(GOSSET, 2009, p. 29).

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO- Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CAPS- Centro de Atendimento Psicossocial
CEBES- Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEMUS- Secretaria Municipal de Saúde
CF- Constituição Federal
CO2- Dióxido de Carbono e Gás Carbônico
CONASEMS- Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde
ESF- Programa Saúde da Família
FGTS- Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
HGP- Hospital Geral de Palmas
IAPs- Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS- Instituto Nacional da Previdência Social
LOS- Lei Orgânica da Saúde
NOAS- Norma Operacional de Assistência à Saúde
ONGs- Organização Não Governamentais
RAS- Rede de atendimento à saúde
SAS- Secretária de Atenção à Saúde
SFH- Sistema Financeiro de Habitação
SGTS- Secretária de Gestão do Trabalho em Saúde
SISREG- Sistema Nacional de Regulação
SUS- Sistema Único de Saúde
TFD- Tratamento Fora do Domicílio
UBSs- Unidade Básicas de Saúde
UNACON- Unidade de Assistência de Alta Complexidade
UNA-SUS- Universidades aberta do SUS
UPAS- Unidade de Pronto Atendimento
UPS- Unidade de Posto de Saúde
UTI- Unidade de tratamento intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL.....	14
2.1 A emergência do capitalismo monopolista e a expansão das práticas em saúde	14
2.2 A trajetória histórica da política de saúde no Brasil (1930-80).....	16
2.3 A Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)	20
3 OS DIREITOS DAS PESSOAS COM CÂNCER NO BRASIL E SUA PARTICULARIDADE NO ESTADO DO TOCANTINS	25
3.1 Câncer: concepção, psíquicosocial da doença	25
3.2 O tratamento das pessoas com câncer no âmbito do SUS	30
3.2.1 A organização da rede de tratamento à pessoa com câncer no município de Palmas-TO	32
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

Depois de tantas dificuldades, estava a ponto de recuperar sua natural característica de ordem e alegria.

(Liév Tolstói).

Este trabalho de conclusão de curso intitulado “A Trajetória da Política de Saúde, Construção do Sistema Único De Saúde (SUS) e os Direitos da Pessoa com Câncer no Brasil” traz em seu bojo um debate teórico e uma sistematização acerca dos direitos à saúde das pessoas com câncer, tendo em vista que esse tema é de grande relevância na atualidade, dada a pouca produção teórica relativa ao tema, principalmente na área do Serviço Social brasileiro. Ao realizarmos um levantamento bibliográfico percebemos que eram poucas as publicações na área do direito para pessoas acometidas por câncer, as que existem apresenta um módulo grosso acompanhado do direito, sem relato histórico.

Nessa direção, optamos por realizar uma perspectiva histórica sobre a política de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do processo em que o Estado passa a assumir a saúde enquanto direito, ou seja, processo que se constituiu em uma longa trajetória, dadas as fases de desenvolvimento capitalista. Por fim, buscou-se abordar os direitos das pessoas com Câncer, principalmente no âmbito do SUS, que por se tratar de alta complexidade é esse sistema que oferece o tratamento da doença, sendo de alto custo. Também enunciamos, ainda que brevemente, a rede de atendimento disponível para o tratamento no Tocantins.

Os objetivos do trabalho consistiram em conhecer a trajetória sócio- histórica da saúde enquanto direito, processo que culminou na configuração do SUS no âmbito da Seguridade Social brasileira, bem como, suas dificuldades de materialização; sistematizar os direitos das pessoas com câncer no âmbito do SUS e alguns aspectos dessa particularidade no Tocantins. Além disso, abordamos aspectos relativos à dimensão social e emocional da doença, dado o fato de se tratar de doença grave, quase sempre com um “significado de morte”. As pessoas que recebem esse diagnóstico são acometidas por vários sentimentos, além de estarem em uma situação de intensa fragilidade pessoal e familiar.

Historicamente, o acesso ao direito à saúde no Brasil sempre fora negado. Na ditadura militar (1964-85), por exemplo, os livros foram censurados, outros queimados, a educação monopolizada; a saúde tornou-se elitizada, e referendada ao sistema privado. A medicina, pautada na perspectiva curativa é uma prática bastante antiga, de domínio masculino,

se configurava por um caráter autônomo e seus serviços eram restritos ao atendimento da nobreza. Já a assistência ficava a cargo da igreja, inclusive o cuidado aos enfermos, não havendo intervenção do Estado (BRAVO,2013).

No que diz respeito à metodologia, o caminho percorrido foi essencialmente realizar um levantamento bibliográfico acerca do tema. Assim, procedemos à análise de produções teóricas acerca da política de saúde, a partir de autores/as críticos, com destaque para a tradição marxista. Podemos elencar, dentre eles/as: ENGELS (1986), BRAVO (2008; 2011; 2013), NETTO (2001; 2009), MENICUCCI (2007) e a legislação referente à Constituição Federal de 1988. Em relação aos aspectos emocionais e sociais da doença, bem como, os direitos específicos das pessoas com câncer abordamos (BARBOSA, 2007), (BATISTA, *ET AL*, 2015, p. 5), (DEITOS, 2004), (MENEZES, 2009), (OUVERNEY, 2013), (VISENTIN *ET AL*, 2007). Os autores utilizados com maior frequência foram da área da saúde e do direito.

No capítulo 1, trataremos da Trajetória da Política de Saúde e a Construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil; A emergência do capitalismo monopolista e a expansão das práticas em saúde; A trajetória histórica da política de saúde no Brasil (1930-80); A Constituição federal de 1988 e a criação do sistema único de saúde (SUS). Assim, a saúde enquanto direito universal vai se dar apenas a partir da Constituição Federal (CF) de 1988, devido ao movimento de reforma sanitária. Entretanto, seus princípios não foram materializados de maneira que a reforma sanitária pudesse ser concretizada, devido ao intenso processo de privatização do SUS. Esse processo provoca prejuízos ao tratamento das pessoas com câncer, seja em função da fila de espera por cirurgia, um medicamento ou tratamento.

O profissional do Serviço Social, na busca incansável por efetivação dos direitos sociais como: saúde, educação, lazer, moradia, e que atuará nas políticas públicas, sejam no gerenciamento, coordenação ou avaliação, a conexão entre os direitos da pessoa com câncer sempre terá utilidades, pois no exercício da profissão existem questões não comuns no espaço sócioocupacional, com necessidades de intervenção crítica, e um olhar aguçado para a situação, dispensando as questões acrícas por tratar de demandas reprimidas. No entanto, após realizarmos estudos na área da política de saúde, percebe a grande importância da luta pela universalidade desta mesma política, tendo em vista que sua ideia central é o acesso de forma a contemplar todos/as independente da classe social, cultura, raça, etnia e/ou gênero.

Trazendo a questão para os direitos especificamente das pessoas acometida pelo câncer, consideramos de fundamental importância publicações na área, pois as pessoas que não tem acesso aos seus direitos por falta de maiores esclarecimentos e condições jurídicas no enfrentamento da questão. Exemplificado sobre violações de direitos, podemos citar casos de

peças que ficam na fila a espera de cirurgias e consultas por meses no SUS, outras pelo mesmo sistema na tentativa de realizar um procedimento cirúrgico e quando percebe a demora, vende seus bens, e/ou rifas para angariar fundos e dar continuidade no tratamento no sistema privado, a saúde é direito do paciente e/ou usuário da política de saúde.

No capítulo 2 intitulado “Os direitos das pessoas com câncer no Brasil e sua particularidade no estado do Tocantins” aborda tópicos referentes à Concepção, a condição psíquica e social da doença; O Tratamento das Pessoas com Câncer no SUS; e A organização da Rede de Tratamento à pessoa com câncer no município de Palmas.

2 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL

2.1 Antecedentes ao capitalismo monopolista e a expansão das práticas em saúde

Do ponto de vista histórico, a saúde enquanto política pública, configurada como dever do Estado e direito do cidadão é bastante recente. Bravo (2013, p. 16) ao trazer a trajetória histórica da saúde indica que a maioria das práticas profissionais em saúde se dá com “a emergência e desenvolvimento do capitalismo monopolista” no contexto europeu. Assim, a saúde está diretamente relacionada às condições de vida e de trabalho, desse modo, a saúde “não é um termo comparativo à ausência de doença, porém está equiparada com a qualidade de vida do ser humano, mas suas vivências humanas lhes são marcadas cotidianamente, pelas diversas transformações, e devido não acesso aos bens e serviços garantidores de sua sobrevivência” (BRAVO, 2013, p. 16).

A medicina, pautada na perspectiva curativa é uma prática bastante antiga, de domínio masculino, se configurava por um caráter autônomo e seus serviços eram restritos ao atendimento da nobreza, já a assistência ficava a cargo da igreja, inclusive o cuidado aos enfermos, não havendo intervenção do Estado (BRAVO, 2013, p.17). Foram criados entre o século XII ao XVI os chamados “Hospitais de Deus” destinado a atender pessoas que se encontravam em extrema miséria e funcionavam como hospedarias para peregrinos, pobres e inválidos que recebiam assistência genérica (BRAVO, 2013, p.17).

Nesse contexto, particularmente no século XVII, o Estado passa a intervir, paulatinamente e cria-se “os hospitais gerais para ministrar tratamentos especializados aos problemas de saúde”(SINGER *et al*, 1978, *apud* BRAVO, 2013, p.17). O rápido desenvolvimento capitalista na Europa Ocidental e o crescimento dos centros industriais urbanos se contrapunham à miséria absoluta da massa trabalhadora que tinha visíveis repercussões nas condições de saúde da população. Com a decomposição da ordem feudal e o desenvolvimento do capitalismo concorrencial houve o agravamento da pobreza, gerando o fenômeno da pauperização. Segundo Paulo Netto (2001):

Pela primeira vez na história registrada, a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas. Tanto mais a sociedade se revelava capaz de progressivamente produzir mais bens e serviços, tanto mais aumentava o contingente de seus membros que, além de não ter acesso efetivo a tais bens e serviços, viam-se despossuídos das condições materiais de vida de que dispunham anteriormente. (PAULO NETTO, 2001, p. 42).

O clássico livro de Engels sobre a condição da classe operária na Inglaterra ilustra esse processo histórico. Engels (1986) descreve as habitações insalubres dos operários que estavam submetidos a contrair uma grande quantidade de doenças tais como a tuberculose, o tifo, a varíola e as doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, devido às exorbitantes horas de trabalho nas fábricas, os operários, sistematicamente se entregavam ao alcoolismo, o que agrava as condições de saúde, como as infecções pulmonares e intestinais, e ainda contribuía com a eclosão e propagação do tifo. Em sua grande maioria, essa população não tinha acesso a serviços médicos, em caso de doenças eram obrigados a recorrer a remédios caseiros baratos que em longo prazo de uso só ajudava a prejudicar mais a situação da saúde. Segundo Engels (1986), as condições de saúde eram péssimas devido às condições de trabalho em locais fechados e insalubres:

São quase todos débeis, têm uma ossatura angulosa, mas pouco robusta, são magros, pálidos, e o seu corpo, com exceção dos músculos que o trabalho solicita, está amolecido pela febre. Sofrem quase todos os problemas gástricos e, em consequência, são hipocondríacos, melancólicos e irritantes. O organismo enfraquecido não tem possibilidade de resistir à doença, que os vitima a qualquer momento. É por isso que envelhecem prematuramente e morrem jovens. (ENGELS, 1986, p. 125).

Devido à concentração de pessoas nas grandes cidades e efetuarem práticas que não contribuem com o sistema atmosférico, em função destas, o resultado é um adoecimento, e na realidade fabril não foi diferente, “os pulmões dos habitantes não recebem a sua porção de oxigênio completa e as consequências são um entorpecimento físico e intelectual e uma diminuição da energia vital” (ENGELS, 1986, p.116). Segundo Bravo (2013, p. 34) as más condições de vida e de saúde passaram a refletir negativamente na produtividade do trabalho e essa situação desesperadora provocou a revolta da classe operária, que passou a se organizar e colocar em perigo a própria ordem capitalista.

De acordo com Behring e Boschetti (2007) é a partir da emergência do operariado enquanto classe para si, que começa a pressionar o Estado é que se organizam as políticas sociais, devido ao clima de que é preciso “entregar os anéis para não perder os dedos”. Segundo as autoras (2007, p. 47), a origem da política social é comumente associada aos movimentos de massa social-democratas e ao estabelecimento dos Estados-nação na Europa. Contudo, sua generalização se dá na passagem do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista. É no bojo da expansão das políticas sociais que a saúde passa a ser regulada e implementada pelo Estado capitalista.

Para Donnangelo (1976, *apud* BRAVO, 2013, p. 37) emerge então “a noção de política médica” que traz os seguintes princípios: de um lado, “o Estado deve zelar pela saúde

da população, sendo os médicos responsáveis pelo tratamento dos doentes e também pelo controle da saúde”; de outro, “o exercício da medicina deveria ser restrito ao pessoal médico competente, que supervisionaria os hospitais e promoveria a educação do povo”. Nesse sentido, há uma hegemonia médica na consolidação das práticas em saúde que tem rebatimentos nos tempos atuais.

Ainda, segundo Donnangelo (1976, p. 31 *apud* BRAVO, 2013, p. 18) a extensão da prática médica pode ser percebida em dois sentidos: a) ampliação quantitativa dos serviços e incorporação crescente das populações ao cuidado médico; e b) extensão do campo da normatividade da medicina, com referência as representações ou concepções de saúde e dos meios para se obtê-la. Dessa forma, há uma hegemonia da prática médica pautada na vigilância e na hospitalização no que tange às práticas em saúde. Segundo Bravo (2013, p. 39), a prática médica se baseava em três objetivos: a) análise de lugar de acúmulo e amontanhado de tudo o que no espaço urbano pode provocar doença e difusão de fenômenos endêmicos; b) controlar a circulação dos elementos, essencialmente a água e o ar; c) evitar que se recolha água de esgoto nas fontes onde buscar água de beber.

Também foi se desenvolvendo a noção de higiene pública e salubridade pautada na visão socioeconômica e o serviço social no século XIX na Inglaterra, por exemplo, preocupava-se com os problemas sociais e emocionais que afetavam a recuperação do paciente, sendo valorizados primordialmente os aspectos socioeconômicos (BRAVO, 2013, p.46).

2.2 A trajetória histórica da política de saúde no Brasil (1930-80) no capitalismo monopolista.

De forma semelhante ao contexto europeu, no Brasil a assistência médica foi pautada pelas práticas filantrópicas. No século XVIII, as metrópoles urbanas fomentaram “a criação das Santas Casas de misericórdia, através da população pobre. Tais casas de misericórdia eram de caráter religioso, sem finalidade lucrativa” (BRAVO, 2013, p.111). Entretanto, a escassa oferta desses serviços não representava um enfrentamento eficaz às condições de saúde da época. Nesse sentido, a situação de saúde no Brasil, “em meados do século XIX, apresentavam-se péssimas, com mortalidade elevada e presença de diversas doenças, destacando-se a hepatite, lepra, boubas, febre amarela e escorbuto” (BRAVO, 2013, p.113). Não havia organização pública e sistemática desses serviços, a ponto de somente em 1859 ser possível conhecer os dados estatísticos sobre mortalidade no estado do Rio de Janeiro.

Com relação à política de saúde no Brasil pode-se perceber várias fases, sendo que até 1930 era essencialmente pautada na filantropia, associada, sobretudo à vigilância e se resumia às campanhas de controles de epidemias e vacinações. Retrocedendo aos períodos anteriores, entre 1910 e 1920 houve intensas mudanças em função da Primeira Grande Guerra Mundial e devido um vasto crescimento econômico que também veio acompanhado de uma “maior deterioração das condições de vida da população, com redução de emprego, elevação dos preços dos gêneros de primeira necessidade, o que acarretou o aumento das taxas de mortalidade por tuberculose e da mortalidade infantil” (BRAVO,2013,p.119).

Segundo Bravo (2006) a política de saúde no país pode ser caracterizada por três momentos históricos diferentes: Assistencialista (período pré-1930), Presidencialista (período pós-1930) e, a atual, Universalista (período pós redemocratização do Brasil e Constituição Federal de 1988). Antes da promulgação da Constituição Federal de 1988 era limitada aos recursos e propostas político-econômicas.

Na década de 1920, mais precisamente em 1923, houve uma tentativa A reforma Carlos Chagas, com a proposta de referendar aos tenentes o atendimento à saúde da população, porém com um destaque, a intervenção só poderia ser aos mais abastados. Assim, a saúde pública, na década de 1920, “adquire novo relevo no discurso do poder” e ocorrem tentativas de estender os serviços de saúde para todo o país. Nesse sentido, “a reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922” (BRAVO, 2008, p.90).

É consenso entre autores/as da política social que a intervenção estatal na realidade brasileira só vai ocorrer mais efetivamente a partir da década de 1930. Ainda neste período foram instituídas a criação das caixas de aposentadoria, nesta fase só tinha acesso quem depositava nas caixinhas, os demais ficavam à mercê das suas próprias rendas. Conforme Bravo (2008):

O período acima, também foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário Brasileiro, sendo a mais importante a criação das caixas de aposentadoria e pensões (CAPs) em 1923, conhecida como lei Elói Chaves. (BRAVO, 2008, p. 90).

Em nível mundial, a partir dos anos 1950, houve uma maior intervenção do Estado na economia com “propostas nacionalizadoras como medicina integral, a medicina preventiva e seus desdobramentos nas décadas de 1960-70” (BRAVO, 2011, p. 49). Na realidade brasileira,

a política de saúde após-1964 será marcada pelo regime civil-militar que imperou no país até o processo constituinte 1985.

Assim, “a emergência da ditadura brasileira se inscreveu no cenário internacional, que apresentou uma sucessão de golpes de Estado patrocinados no curso dos anos 1960 pelos centros imperialistas, sob a hegemonia norte-americana” (BRAVO, 2011, p. 54).

A “questão social” no período era tratada a partir do binômio repressão-assistência, ampliando-se a política assistencial, de maneira burocratizada e modernizada, com vistas a exercer o controle sobre a sociedade civil, servir de mecanismo de acumulação do capital, atenuar conflitos, reprimir e eliminar grupos de esquerda em seus porões. Conforme Bravo (2011):

As principais medidas referentes à política assistencial foram: o processo de unificação das instituições previdenciárias, com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS); o Sistema Financeiro de Habitação (SFH), para aquisição de casa própria, que serviu para estimular o mercado imobiliário e incentivar a especulação; os novos mecanismos de poupança compulsória, como o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e, posteriormente, o PIS/Pasep. Esses mecanismos tentaram resolver a contradição entre a tendência abrangente da concessão de benefícios e a estreiteza do regime de capitalização, sendo uma importante fonte de captação de recursos para investimentos na área econômica. (BRAVO, 2011, p. 58).

Nesse período, a política de saúde será marcada pela medicina previdenciária, particularmente com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 que unificou os antigos IAPs, modernizando a máquina estatal, aumentando o seu poder regulatório sobre a sociedade, bem como, “os programas de saúde e educação se desenvolveram com base no privilegiamento do setor privado, reproduzindo na política social as tendências da nova política econômica implantada” (BRAVO, 2011):

Na perspectiva da elite dirigente tecnoburocrata, as deficiências na saúde pública se caracterizavam pela ausência de planificação, falta de capacidade gerencial e pouca participação da iniciativa privada; os problemas da saúde deveriam ser resolvidos pela tecnocracia, através da privatização dos serviços. As doenças que afetavam os grandes segmentos da população brasileira eram de responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto o atendimento médico individual ficou sob responsabilidade do setor previdenciário. A medicalização da vida social foi imposta, tanto na saúde pública quanto na previdência social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve, no período, um declínio maior que aquele ocorrido no início dos anos 1960, e a medicina previdenciária cresceu, principalmente, após a reestruturação do setor em 1966. (BRAVO, 2011, p. 59).

A ditadura foi um movimento financiado pelos imperialistas norte-americanos para a ascensão da classe burguesa, com intenção de que seus planos se efetivassem; os

organizadores da linha de frente, montavam estratégias e às colocavam em prática, citamos então, os crescimentos dos grupos econômicos, tendo como objetivo maior, o crescimento dos mercados financeiros. Em contra partida, contrapondo a essa ação, as classes subalternas, eram paralisadas; e retalhadas. Sendo esta categoria contrária e interesses defendidos das particularidades dos centros imperialistas e ditadores dos conteúdos educacionais, realizaram uma supervisão em análise dos textos, não podendo possuir inferências de movimentos contra o regime ditatorial. Estrategicamente elaborada por uma subcomissão com maioria de seus membros tendo cargos militares, foi estudada após a ditadura militar, contudo após uma nova reorganização, a esperada Constituição Federal, tempos depois, através de reivindicações manifestas pelo povo, organizara uma assembleia constituinte de forma democrática, onde o poder emanava do povo e sua aprovação foi efetivada. Conforme Paulo Netto (2009):

A ditadura burguesa, porém, não operou deles uma reprodução simples: realizou a sua reprodução “ampliada” e aqui a sua novidade: o desastre nacional em que se resume o saldo da ditadura para a massa do povo brasileiro desenhou uma sociedade de características muito distintas das existentes naquela em que triunfou o golpe de abril. (PAULO NETTO, 2009, p. 15).

Avaliando a política de saúde brasileira da década 30 até os anos 1980, observamos que a mesma, possui faces diferenciadas, a exemplo temos na década de 1930 um caráter religioso caritativo com trabalho desenvolvido pelas Organizações filantrópicas governamentais depois tivemos as caixas de aposentadorias e pensões, teriam que creditar dinheiro para depois receber, o que vai marcar a saúde atrelada ao seguro social ou à lógica contributiva. Para controlar as epidemias, os métodos se pautaram na forma contencionista de intervir para com a população. Posteriormente, a saúde no Brasil teve seus momentos de mudanças gradativas, “o desenrolar dos acontecimentos na área da saúde, a partir da década de 70, mostra profundas reformas que, mais do que nunca, merecem ser dimensionalizadas e criticadas em função de um melhor controle democrático de seu processo”. (MERHY, ET AL, 1993, p. 06).

A saúde só se torna um direito para todos, independentemente da contribuição após a Constituição Federal de 1988 e irá compor juntamente com a previdência e assistência social o sistema de Seguridade Social, com a efervescência do cenário político dos anos 1980 diante das plenárias, reuniões, assembleias, projetos, movimentos sociais. Assim, o Estado Nação após tantas mobilizações vê-se obrigado a aceitar a saúde como direito e dever do Estado, criando leis e resoluções.

2.3 A Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)

Depois de passarem longos anos de ditadura civil-militar (1964-85), o Brasil passa a ter uma saúde com a perspectiva de direito. O período de transição democrática caracterizado como transição negociada chamada de “Nova República” foi marcada pela morte de sua figura principal, o presidente Tancredo Neves, então assumindo esse período de transição, o seu vice, José Sarney. No ano de 1988, após o evento de uma Assembleia Constituinte Federal, tratando dos direitos e deveres do cidadão foi aprovada a Constituição Federal (CF), para exercício da mesma, com a participação de forma ativa e manifesta da classe trabalhadora. No caso de política de saúde, a reforma que levou à criação de um sistema público universal foi possível em um contexto de democratização, que permitiu a constituição de novos atores, portadores de proposta alternativas para a saúde e em uma situação de desequilíbrios institucionais, favorável a mudanças. (MENICUCCI, 2007, p. 23).

Para uma análise da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), faremos um resgate histórico do que lhes precedeu. Então contamos com o movimento de Reforma Sanitária ocorrido no cenário de redimensionamento da sociedade brasileira por volta dos anos 1980. Este projeto nasce na contramão do regime de ditadura civil-militar em parceria com as universidades e movimento sindical. Neste mesmo fôlego da Reforma Sanitária criam-se o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1979, demarcado no movimento pré-Constituinte do Sistema Único de Saúde (SUS). Outro marco legal foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde 1986, com o apoio de delegações da conferência e seus participantes como contribuição de forma eficiente para a resolução do eixo central, que formalizaram a Emenda Constitucional obrigando o Estado Nação a aceitar a saúde como direito.

É também com o movimento de Reforma Sanitária que se afirmou a saúde não como ausência de doenças, mas garantia de um estado físico, mental, emocional, e financeiro em condições acordada com suas necessidades. Para tanto, a Reforma Sanitária teve sua matriz teórica com aproximação no projeto ético político do Serviço Social, onde contemplamos a luta pela emancipação humana e efetivação dos direitos sociais, estendendo suas fronteiras para o incentivo do aprimoramento intelectual da categoria profissional. Na somatória de todos resultados da reforma sanitária brasileira, está a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a

reestruturação do setor através da estratégia do sistema unificado de saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as Esferas Estadual e Municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão conselhos de Saúde(BRAVO, 2008, p.96).

O processo constituinte e a promulgação da constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e ampliação dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e ao enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal (CF) de 1988 introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatização da coisa pública pelas classes dominantes (BRAVO, 2008, p.96-97).Com aprovação da constituição Federal de 1988, o direito a saúde é fundamentado em lei e atrelado a isto soma-se as conquistas políticas e sociais, pois a mesma refere-se a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Dessa forma, estabelece princípios, que regem o Sistema Único de Saúde.

Todavia nos atentemos ao Artigo 196 da citada constituição, este, por sua vez, trata a saúde como direito de todos e dever dos Estados, Municípios e Distrito Federal. Como sinalização importante marcamos o avanço do modelo de saúde no Brasil, o que outrora eram imersos em fatores contrários as necessidades da população, agora passa a ser direito e possibilidade de qualidade de vida. Os princípios do SUS são: integridade, equidade, descentralização, participação popular e universalidade. Estes princípios têm como aparato legal o art.196 e visam um atendimento amplo, a igualdade de todos os indivíduos perante a lei, descentralização, a regionalização e hierarquização do sistema distribuindo as responsabilidades para todas as esferas de governo, seja ela federativa, união, Estado, Distrito Federal e Município. Isto é, estabelece a participação popular e das comunidades, nas ações e serviços públicos de saúde através dos seus conselhos representativos.

Concertando o processo de separação daquilo que era direito e não tinha visibilidade, por parte das ações governamentais e estabelecendo correções no espaço das ações jurídicas, que sempre ficaram lacunas a serem preenchidas, foi criada após a instituição da CF de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº. 8.080 de 1990. Assim, “a aprovação da lei orgânica da saúde, que só ocorreu dois anos depois da promulgação da constituição e em duas etapas (lei 8.080/90 e 8.142/90), demonstrando o embate político necessário para tornar o SUS realidade”. (MENICUCCI, 2007, p. 198):

Aprovada uma primeira versão (Lei 8.080/90), a lei orgânica teve artigos importante vetados pelo presidente da república, e somente após pressão e articulação da plenária das entidades de saúde e de outros órgãos, particularmente o conasems, é que foi apresentado e aprovado novo projeto de lei (lei 8.142/90) contemplando a regulamentação dos dispositivos constitucionais vetados anteriormente. (MENICUCCI, 2007, p. 204).

Parafrazeando a autora, a Política de saúde no Brasil, bem como seu amplo desenvolvimento, não se gesta por si só, porém necessita de recursos tecnológicos, profissionais especializados, mão de obra e usuário; para que a política saúde possua um caráter efetivo, seu bom andamento será eficiente, desde uma recepção humanizada até a consulta, sem descontinuar as ações de prevenção; gerenciamentos de hospitais de grande porte para atender todas demandas incluindo as reprimidas.

Nela encontramos normas de como os serviços devem ser ofertados, obrigações dos administradores para com a política de saúde, no que tange a administrações de verbas e orçamentos. Assim, no Artigo 4º da Lei 8080/90 estabelece que: “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, Lei 8080, 1990).

Também “dispõe sobre as condições para a promoção. Proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 2011, p. 07). Assim, a constituição do SUS, integrando todos os serviços públicos em rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade (BRAVO, 2008, p.97).

Os serviços estão contidos na política de saúde com base na CF de 1998, de forma a atender os elementos: hierarquia, atenção, prevenção, promoção, alta e média complexidade. Todos estes parâmetros são encontrados no âmbito coletivo e devem atender o pré-requisito da universalidade. A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), editada em 2002, enfatizou a necessidade de consolidar uma lógica de estruturação de redes regionalizadas como um sistemas de saúde integrado regionalizado, introduzindo elementos estratégicos de integração de políticas, programas e sistemas organizacionais (módulos, microrregiões e regiões) e o estabelecimento de instrumentos de planejamento integrado como os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos (BRASIL, 2002). (OUVERNEY, 2013, p. 144). Segundo Menicucci (2007, p. 206) “a descentralização tem provocado o surgimento de novos apoiadores do SUS no nível das prefeituras e das instâncias colegiadas

que se organizaram com base em definições legais no sentido de incluir a participação da sociedade na gestão do SUS”.

Ressaltamos que os olhares das redes de atenção seguem diferentes estratégias, possibilitando a investigação das doenças por região e Estados onde o paciente percorreu ou reside, com intuito em diagnóstico precoce. Atenção básica primária, são os primeiros contatos do paciente com os serviços de saúde, é possível que sejam através, das visitas dos agentes de saúde, e da equipe dos programas Estratégia Saúde da Família, a exemplo, Programa Saúde da família (ESF). Essa promoção e integração é um dos objetivos do programa supracitado; são atenções focalizadas na família. A Rede de atenção à saúde deve ser considerada a partir de três aspectos: a) Usuários da Política de Saúde em geral; b) Condicionantes externos e internos; c) O terceiro são os serviços classificatórios em unidades de atenção e clínicas especializadas.

Para melhor compreensão, as instituições que desenvolvem trabalho na área da saúde pública têm como papel fundamental ampliar direitos e desenvolver ações e serviços no âmbito individual, coletivo e administrativo, com o intuito de garantir na forma universal a promoção, proteção e recuperação da sociedade, estas interferências são feitas pelo sistema de saúde do SUS e hospitais conveniados, que estão presentes no cotidiano, à desenvolver suas ações de forma expressiva por políticas públicas de cunho social e econômico. Com relação à estruturação do ministério, destaca-se a criação da secretaria de gestão do trabalho em saúde (SGTS), que tem como função formar recursos humanos para a saúde e regulamentar as profissões e o mercado de trabalho na área. (BRAVO, 2008, p.103).

Entretanto, a conjuntura econômico-financeira não foi favorável à implementação do SUS, que para sua efetivação, necessitaria de uma ampliação de recursos proporcional à expansão da clientela e das atribuições, o que não foi favorecido pela situação de recessão econômica, (MENICUCCI, 2007, p. 228). Por esse motivo, o governo justifica a abertura das portas para os serviços de empresas privadas, e como forma de reduzir gastos, responsabilizando seu dever aos outros financiadores. Assim,

[...] a falta de financiamento adequado é interpretada aqui como uma forma de inviabilidade sistêmica do sistema público universal, entendendo que a concretização dos princípios constitucionais, em sua completa acepção, não se constituiu como um objetivo consensual do governo. (MENICUCCI, 2007, p. 167).

Em relação ao financiamento da saúde como elemento central para a materialização dos princípios e atendimentos do SUS é preciso levar em consideração a estruturação desse financiamento pela via da Seguridade Social. Assim, “a seguridade social, resultante da Constituição de 1988, é composta pelas políticas de saúde, previdência e assistência social, bem

como a proteção ao trabalhador desempregado, incluindo o seguro desemprego” (CONCEIÇÃO; CISLAGUI; TEIXEIRA, 2012). Nessa direção:

Possui um orçamento próprio, composto, além das contribuições previdenciárias, por recursos orçamentários destinados exclusivamente a esse fim, num modelo que chamamos de vinculação de receitas. A Constituição prevê ainda que, de acordo com as necessidades, o orçamento da seguridade social pode ser complementado pelos recursos do orçamento fiscal (CONCEIÇÃO; CISLAGUI; TEIXEIRA, 2012, p. 101).

No entanto, desde a Constituição Federal de 1988, os tributos preconizados para o financiamento da Seguridade Social não foram totalmente implementados, conforme alerta Salvador (2010).

3 OS DIREITOS DAS PESSOAS COM CÂNCER NO BRASIL E SUA PARTICULARIADE NO ESTADO DO TOCANTINS

3.1 Câncer: concepção psíquica e social da doença

A pessoa acometida pelo câncer sofre vários impactos psíquicos, emocionais e sociais que começam pela confirmação do diagnóstico e estende-se até a finalização do tratamento, que normalmente tem duração de cinco anos, considerando os retornos durante o período de remissão da doença. Ao tomar conhecimento do diagnóstico surge os medos, as incertezas, o sentimento de impotência, fuga, entre outros, que desencadeiam fragilidades afetando o psicológico, o convívio social e familiar, levando em consideração que na maioria das vezes o tratamento é realizado fora do domicílio.

Durante esse período, quase sempre o/a paciente é afastado/ano trabalho e nas atividades de lazer. É notável que a vida social afetada pelo câncer é resultado das sujeições subsequente ao tratamento, por esse motivo é compreendido ser o tratamento da doença mais agressivo do que a própria doença. Outro real aspecto seria no sentido de que os homens em seus primórdios tinham uma vida com mais qualidade, por não haver alimentos que agrediam o organismo. Tal acontecimento reflete em condições de sobrevivência do paciente, ainda mais quando sua imunidade está relativamente baixa, atingindo, assim, emocionalmente o paciente, tendo que procurar ajuda junto a um médico, psicólogo ou psiquiátricos hospitalar. As repostas impostas por situações que excedem a capacidade adaptativa emocional, pessoas desencadeiam uma resposta estressora psicológicas, composta de estados cognitivos e emocionais negativos. (DEITOS, 2204, p.68).

Situações como negação de seu próprio eu, sentindo enfado com excesso, para suportar essas questões existenciais por ocorrer com pessoas acometidas por câncer, fica claro a necessidade em participar de atividades terapêuticas. “A resposta do tumor ao tratamento pode melhorar a performance clínica e aliviar sintomas; sintomas relacionados à doença podem ser associados à alta correlatividade com o bem-estar do subjetivo”. (DEITOS, 2004, p.114).

Todavia, os aspectos sociais não diferem tanto dos demais, em função de que a doença é avassaladora, o paciente tende a lidar muitas vezes com estas questões de forma a isolar-se, com vergonha da doença que fora acometida(o), evitando a vida em comunidade, mesmo com tantas propagandas televisivas ou programas de saúde, não é suficiente no enfretamento da auto exclusão social dos pacientes oncológicos. Assim, “o câncer em homens

foi positivamente relacionado com o divórcio, separação condições de isolamento, desemprego, carência de suporte social. (DEITOS, 2000).

Sobre as causas do câncer, as explicações são bastante controversas. Entretanto, para além das explicações psíquicas amparadas na perspectiva da medicina, a incidência do câncer causa uma série de situações às pessoas acometidas pela doença, bem como em relação à sua família. Primeiro porque é uma doença a que desestrutura o ser humano, fisicamente e psicologicamente, seguido do gasto financeiro que muitos tendem a vender os seus bens para realização imediato tratamento. A definição de câncer enquanto doença deve-se às multiplicações de células defeituosas, podemos perceber que toda pessoa possui em seu organismo células de defesas e células que são as defeituosas e ao se multiplicarem de forma desordenadas o sistema imunológico fica baixo e a célula do câncer aparece aumentada e passa ter uma característica imortal e possibilidade de se reproduzir constantemente. (BARBOSA, 2007, p.26-27).

No tocante as questões psíquicas, condição do Bemestar da pessoa acometida por câncer, é considerada como desenvolvimento do tratamento, o relacionamento dos familiares por estarem muito ligados de forma afetiva com o/a paciente e a integração em espaços de lazer, cooperam positivamente no tratamento do câncer. Um elemento importante na busca aos direitos do paciente oncológico é a família. Significando, pois, que são as diferentes formas de relação, que se determine a partir de um relacionamento, seja por laços sanguíneos ou não, sendo eximido a discussão do padrão ideal por não existir um padrão exato.

Família enquanto cuidadora da pessoa com câncer, tem um significado especial, pois durante o tratamento da doença o paciente necessita de uma referência para desenvolver atividades como, por exemplo, requerer direitos na justiça e auxílio, bem como nas atividades laborais. Portanto faz-se necessário o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar para o/apaciente e a família, tendo em vista que o tratamento é doloroso levando a família e o/a paciente a sofrerem mudanças psicológicas e físicas.

O acompanhamento durante o tratamento por pessoa da família é um direito garantido por Lei. Se o acompanhante for funcionário Público Estadual do Tocantins a lei que rege é nº 1.818, de 23 de agosto de 2007, artigo 88 do inciso II. É concedida licença por motivo de doença em pessoa da família. Em caso de funcionário público federal a Lei que ampara é n. 8.112/90 revogada e atualizada para (Lei 13.172, de 21/10/2015). Para as duas modalidades os procedimentos são os mesmos. A concessão da referida licença deverá ser precedida de perícias médica, ficando o servidor impossibilitado de exercer atividade remunerada enquanto durar tal licença quanto ao prazo máximo total de 150 dias, sendo 60 dias com remuneração e se

prorrogar para 90 dias sem remuneração. Observamos que, importante a contagem para aposentadoria é apenas os períodos remunerados ou sejam os 60 dias. (MENEZES,2009, p. 82-92).

Contudo, o profissional de Serviço Social, que atua nas políticas sociais e nas relações sociais deve ter um olhar diferenciado no sentido de sair da aparência e ir para essência considerando as várias formações familiares, levando em consideração o Código de ética da profissão (1993), e vê-los e senti-los como sujeitos que constroem sua própria história, ultrapassando os preconceitos, ranço da Constituição Federal de 1934 que prevê a família somente como modelo tradicional. Como um profissional propositivo e generalista deve se criar estratégias inovadoras para intervir no cotidiano das famílias e garantir seus direitos, bem como de qualquer cidadão.

A legislação brasileira garante direitos específicos para pessoas acometidas por câncer, mas com uma ressalva sendo a mesma legislação, usada para outros tipos de doenças. Sendo o Estado responsável por prover o Bem estar social, o tratamento deve ser totalmente custeado pelo governo Estadual, Municipal e Federal, tendo em vista que existem verbas para essa finalidade, que são geradas dos impostos arrecadados de todos/as os cidadãos brasileiros. Mas como já salientamos anteriormente o Sistema Único de Saúde (SUS) necessita de várias mudanças para ser considerado igualitário, justo e democrático. No que diz respeito ao tratamento de câncer é uma doença de alta complexidade, os exames e remédios são de alto custo, e muitas vezes o Sistema Único Saúde descumpra suas obrigações. Por outro lado, o paciente prejudicado e, na maioria das vezes fragilizado, vê-se obrigado a recorrer ao Ministério Público ou em outros casos contratar serviços de advogados particulares para resolver questões que deveriam ser automáticas tendo em vista que é responsabilidade do governo e direito do cidadão.

A Lei Orgânica da Assistência social prevê em suas diretrizes que a assistência é direito do cidadão e dever do Estado. Esta é uma política de seguridade social não contributiva, descentralizada e participativa, contudo, a participação é gerida através de alguns mecanismos de controle social: conferências, conselhos e audiências públicas. A referida política visa prover os mínimos sociais, ou seja, garantir o atendimento às necessidade básicas e contém cinco objetivos, onde destaca-se somente o parágrafo 5º o qual enfatiza que: “A garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal a pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família”. (LOAS,2005, p.07).Em relação ao benefício já referido, pessoas com Câncer também possuem mesmo direito, porém tem que atender os critérios de idade, renda ou incapacidade.

Entre esses benefícios e outros direitos também são previstos em Lei como a Legislação 8.080/1990 que rege o SUS, para pessoas com câncer através da Lei Federal nº 9.797 de 06/05/1999 (Alterada para lei nº 4.102, de Maio de 2003) que trata de cirurgia plástica reparadora dos seios para pessoas acometida por câncer de mama, devendo a cirurgia ser ofertada pelo SUS. Também temos a Lei federal nº 9.656/98, alterada pela lei 10.223 de 15/05/2001, que trata da obrigatoriedade dos planos de saúde aos custeios de cirurgia reparadora dos seios em casos de câncer.

A Organização Mundial da Saúde estabeleceu como “condições crônicas” aquelas que “requerem cuidados continuados por um período de anos ou décadas”, ultrapassando o conceito tradicional de doenças crônicas, como diabetes, asma ou insuficiência cardíaca, para incluir doenças transmissíveis para as quais o avanço tecnológicos transformaram seu curso, como HIV-AIDS, distúrbio mentais como esquizofrenia e incapacidades não classificáveis como doenças, como cegueira e problemas musculoesqueléticos (WHO, 2002; OUVENEY, 2013, p.147). Todas essas doenças requerem da nação um custo, seja no tratamento ou em pesquisa sobre epidemia. Área financeira e câncer, são assuntos complexos, porém importante na vida diária.

A financeirização não é somente questões orçamentárias, como também acontecimento peculiar a grupo, povo, uma nação, na significância desta podemos enumerar como crise do petróleo, mesmo o país sendo vasto e rico em pré-sal, o Brasil ficou refém da grande multinacional, por conseguinte tiveram que elevar o preço do petróleo, com isso gerou impactos significativos na vida de pessoas que viviam, de serviços prestados para empresas de combustível. Segundo Silva *et al* (2018), dentro desse entendimento de finanças como área do saber, é possível ramificá-la em três amplas seções: mercados financeiros, finanças corporativas e financeiro, e finanças pessoais. (SILVA; ET AL, 2018, p. 04).

Tal área contempla a economia doméstica, motivo pelo qual, todos os anos há um aumento enorme em itens de consumo mensal, a exemplo das cestas básicas, remédios, contas de água, energia, dentre outros, o motivo pelo qual tal fator ocorre é para sustento da economia. *E o que tudo isso tem a ver com a patologia do câncer?* Mesmo o Estado, municípios e Distrito Federal, tendo obrigatoriedade com base na lei 8.080, que rege o Sistema Único Saúde, e o governa isentar os pacientes oncológicos de alguns encargos sociais, o tratamento não é de baixo custo e há casos que o sistema não cumpre com esta obrigação, deixado a cargo do/apaciente ou familiares, a aquisição de alguns medicamentos e exames de altos custos, gerando assim um desconforto na pessoas acometida pela doença.

[...] com as sequelas do tratamento, ter um possível retorno da doença, pacientes com câncer precisam lidar com temores financeiros, como a redução da renda familiar ou até mesmo a perda do emprego e conseguir o auxílio- doença na Previdência Social, apesar de ser um direito trabalhista, no Brasil torna-se muito burocrático, assim o trabalho informal tem sido a saída para garantir a subsistência de alguns famílias que, com atividades empreendedoras, estão conseguindo aumentar ou obter novos rendimentos. (SILVA; ET AL, 2018, p.6).

A prevalência em causas do câncer no Brasil estão, sobretudo, relacionadas ao trabalho ou a exploração e contaminação do meio ambiente como, por exemplo, exposições ao solo contaminado devido a um contingente expresso de nicho produzido pela população humana, a uma elevação do CO² que transforma em resultado negativos, o buraco na camada de ozônio, Etc., contudo a sociedade têm que arcar com as consequências de seus maus hábitos ou ausência da efetivação nas medidas governamentais, que prevê como multas para pessoas e empresas que soltam gases poluentes nos perímetros urbanos, também a quem não faz coleta seletiva de lixo e de aterramentos sanitários para aqueles lixos já descartados.

Outro fator atribuído à existência do câncer são as condições genéticas, que devido a uma pessoa da família que no passado teve ou têm atualmente, ter sido acometidos/as, as demais pessoas terão predisposição à doença. Veiculada as questões acima, temos o modo como ingerimos os alimentos. No país, há uma porcentagem enorme de brasileiros que não têm acesso a uma alimentação de qualidade, comem comida fria em função do trabalho estar distante de sua residência, ou não ter dinheiro para ir ao restaurante, os agrotóxicos liberados em frutas e carnes, conservante colocados nos frios, bebidas, dentre outros, são elementos possibilitadores em causas de câncer na criação humana; essa escassa forma de possuir os bens já produzidos é devido o esmagamento advindo do capital financeiro. Alguns destaques sobre incidência de câncer no Tocantins e Brasil. Segundo Santos (2018):

Estima-se, no biênio 2018-2020, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer. Os cânceres de próstata (68 mil) em homens e mama (60 mil) em mulheres serão os mais frequentes. À exceção do câncer de pele não melanoma, os tipos de câncer mais frequentes em homens serão próstata (31,7%), pulmão (8,7%), intestino (8,1%), estômago (6,3%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (8,1%), pulmão (6,2%) e tireoide (4,0%) figurarão entre os principais. (SANTOS, 2018, p. 01).

No estado do Tocantins, pelos dados apresentados, verifica-se o maior número de casos de câncer em Mulheres. É observável que grande parte da população tocantinense faz parte da classe trabalhadora, e usa do seu trabalho para meio de sobrevivência, por ser, em casos a única fonte de renda, e com as mulheres deste estado, não é diferente, são genitoras que

cuidam do lar, por vez, é uma única referência que se têm dentro de casa, o tempo de cuidar-se, reduz, a exposição ao sol fica inevitável, ou o contrário a falta de vitamina no corpo por ter que gerir sua família sozinha. Outro aspecto que muitas das vezes causa Câncer é o uso de anticoncepcionais, droga esta que com o uso prolongado acaba prejudicando e reduzindo a fertilidade em mulheres. O sedentarismo também é promissor no acometimento da doença. Diante deste cenário, percebe-se as necessidades em alternativas que venham melhorar a qualidade de vida da população e uma delas seria investimento em projetos que venham gerar renda, sensibilizar as pessoas sobre seus maus procederem consigo e com o próximo. Como também, o investimento em estudos sobre as causas do câncer, ampliação de programas que atuam na prevenção do câncer, pois toda as relações sociais são produzidas em contexto social, histórico, cultural, ambiental e financeiro.

3.2 O tratamento das pessoas com câncer no âmbito do SUS

Na assertiva de que os/as pacientes oncológicos/as, serão bem cuidados/as, as famílias entregam a vida de seus entes querido, para serem tratados por profissionais especializados na área da patologia que lhes confere, na oportunidade, o profissional fica encarregado de entender, todas as suas emoções envolvendo medos e anseios, histórias que lhes antecedem, cultura familiar, espiritualidade. Assim, “os profissionais de saúde, na prática profissional, defrontam-se com situações dilemáticas e polêmicas, que envolvem o confronto de seus valores com os valores de outras pessoas: pacientes, familiares, equipe de saúde, dentre outros. (VISENTIN *ET AL*, 2007, p. 03).

Entretanto, a respeito do diagnóstico de saúde, todos/as temos o direito de ser esclarecidos/as, podendo até mesmo colaborar, de forma positiva no próprio tratamento, nesta mesma linha de informação é feita a explicação sobre posologia dos remédios utilizados por pacientes, tendo como objetivo, prever reações contrárias. Com pacientes de câncer, não pode ser diferente, devem possuir orientações, como reagir ao tratamento oferecido pelos médicos de sua patologia. Oncologistas, Nutricionista, Psicólogo e outros que forem requisitados. “O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no seu Artigo 26 prevê o dever de prestar adequadas informações ao cliente e à família a respeito da assistência de enfermagem, possíveis riscos e consequências que possam ocorrer. (VISENTIN *ET AL*, 2007, p. 04).

É dever da família e do Estado proporcionar ao indivíduo no momento da sua morte, os cuidados essenciais, no sentido de garantir a dignidade. Por ter vínculos afetivos, de consanguinidade e dividir o mesmo teto, a família deve ampará-lo/a com afeto e cumprimento

das suas obrigações legais. Na Constituição Federal de 1988, no artigo que trata do abandono de incapaz, momento em que o/a familiar, encontrar-se debilitado(a) por alguma razão, ou for menor de idade e necessitar de auxílios, nas atividades relacionadas a cognição, coordenação motora exigidas para desenvolvimento, e de referências como espelho familiar.

No artigo 1, inciso III da citada constituição, retrata sobre a conservação da moral, garantia de expressar sua mídia interna, revelação de sua religião, aspecto social, contudo, destaquemos que para a efetivação ao enterro fúnebre, especificando sobre a procura por familiares no momento da identificação do corpo, direcionada a comunicação da morte, ser enterrado/a, como pessoa teve história de vida que lhe precedeu, é um direito de todos independentemente de sua nacionalidade. “Contudo a comunicação sobre o diagnóstico não é feita ao paciente idoso, a possibilidade de participar do seu tratamento e tomar suas decisões confronta-se com um dos principais princípios da ética: da autonomia. (VISENTIN *ET AL*, 2007, p. 03).

Sobre o estágio da doença no tratamento seja na fase inicial, ou momento que começa o tratamento, temos relevo através de paciente oncológico ao sentir as dores, por vezes em casos, não procura o ambiente hospitalar, sobrevivendo de seus próprios saberes, quando resolve marcar uma consulta para averiguar a situação, está com fase avançada. Remetendo a matéria para o sexo masculino, são incalculáveis os posicionamentos de homens, que preferem não descobrir a doença de próstata mais comum entre eles, afirmando ser o exame exposição de suas vergonhas, desenvolvendo um olhar distorcido da realidade:

[...]é válido ressaltar que a Política Nacional de Atenção Oncológica pontua a necessidade de melhoria do acesso ao diagnóstico precoce através da organização da rede de atenção à saúde, descentralizando a assistência oncológica dos serviços de alta complexidade. Em muitos lugares os hospitais, possui uma repartição em ALAS, somente para pessoas em tratamento oncológicos, a exemplo citemos Hospital Francisco Ares (HGP), em outros Estados Brasileiros, existem Hospitais próprios para este tipo de tratamento. Torna-se necessário trabalhar o simbolismo da masculinidade, visto que tal preconceito pode impedir essa medida diagnóstica essencial na detecção precoce e terapêutica adequada dessa patologia. (BATISTA, *ET AL*, 2015, p. 05-06).

Em mulheres nota-se ainda existí, aquelas que não fazem consultas de rotinas, bem conhecida como exames de mamas, prevenções ginecológicas descuidando de si, bem como exercendo uma aversão sobre procedimentos semelhantes, que pode salvar vida através de um diagnóstico precoce. “Historicamente, as mulheres refletem a imagem de cuidadora como eixo da sua existência, contudo tal atitude faz com que elas se coloquem em segundo plano, principalmente nas questões referentes à saúde”. (BATISTA, *ET AL*, 2015, p. 5)

Nem todos sabem, mas pacientes acometidos por câncer, têm prioridade em seu tratamento, por ser uma doença de risco, na qual espera poderá acarretar em danos irreversíveis ao usuário, entre outros motivos. Assim, “o paciente com neoplasia maligna tem direito ao primeiro tratamento no SUS no prazo de até 60 dias, contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso, registrada em prontuário único”. (MENDES, *ET AL*, 2015, p. 884)

O sistema de saúde, faz estudos para encontrar a cura de várias patologias, dentre elas, está o câncer, porém nem os mais sofisticados laboratórios conseguiram a resposta, até o presente momento, as causas, alguns médicos dizem ser algo hereditário, outros por consumir alimentos que possuem uma substância que sai do carvão, chamada nitrato, ou com elevado grau de agrotóxico, contudo ficamos por descobrir.

3.2.1 A organização da rede de tratamento à pessoa com câncer no município de Palmas-TO

A Atenção Básica é porta de entrada como ponte de acesso do SUS, caracterizada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), ligando-as em redes. As tipificações dos serviços, são classificados em: básicos, alta, e média complexidade. Nestes encontramos apoio para as demais ramificações e possibilidades de desenvolvimentos dos programas voltados para saúde. Ressaltamos que os olhares das redes de atenção seguem diferentes estratégias, possibilitando a investigação das doenças por região e Estados onde o paciente percorreu ou reside, com intuito em diagnóstico precoce. Na Atenção Básica Primária, é feito o primeiro contato do paciente com os serviços de saúde, é possível que sejam através de visitas dos agentes de saúde e da equipe dos programas de saúde, a exemplo, ESF-Programa Saúde da Família. Essa promoção e integração é um dos objetivos do programa supracitado; são atenções focalizadas na família. Como já aventado:

A Rede de Atenção à Saúde tem em sua gênese três fundamentais fatores constituintes, chama de interlocuções entre as partes: usuários da Política de Saúde em geral; condicionantes externos e internos; o terceiro são os serviços classificatórios em unidades de atenção e clínicas especializadas. (UNA-SUS, 2015, p.25).

Os sistemas integrados ou redes de atenção à saúde têm produzido resultados significativos em diversos países e são apontados como eficazes, tanto em termos de organização internas (alocação de recursos, coordenação clínicas, etc.), quanto em capacidade de fazer face aos desafios mais recentes do cenário socioeconômico, demográfica, epidemiológico e sanitário, tais como o crescimento proporcional das doenças crônicas, a

elevação dos custos de tecnologias, as necessidades especiais advindas do envelhecimento populacional, etc. (MUR-VEEMAN *ET AL*, 2003; DIAZ, 2004; GILLIES et al, 2003; OUVENEY, 2013, p. 143).

Os serviços das redes de atenção produzem efeitos compactos e é multiplicador de suas ideias, passando ser em proporção significativas por diversos países, considerando sua gestão; financiamentos; recursos materiais; todos estes são contribuintes na execução dos serviços. Pensando como mecanismo de funcionamento do sistema, em busca de meio por ativação, foi deliberada pela Constituição Federal de 1988, as seguintes ações: descentralização com o intuito de mudança para o foco das decisões e ampliar os serviços em redes, universalizando o acesso, integrado com outras políticas, como aquelas associadas à saúde, bem estar, sem deixar de lado a equidade descrita e qualificada efetivação dos direitos humanos com ênfase no respeito, incluindo os desfavorecidos.

Para os pacientes oncológicos que recebem tratamento no município de Palmas-Tocantins, há uma rede de atendimento de alta complexidade e serviços especializados ofertados no hospital geral de Palmas, onde são realizados procedimentos como: consultas, exames e encaminhamento para equipe multidisciplinar. Em sua política interna, o HGP é aberto para outros estados e municípios, a regulação é feita pelo sistema ANPES, ou Secretaria dos Municípios.

A UNACON é uma Unidade de Assistência de Alta complexidade, a mesma tem em sua equipe três médicos. As radioterapias e quimioterapias, quando são solicitadas para realizar os dois procedimentos associados, os pacientes são encaminhados pelo tratamento fora do domicílio (TFD) a cidade Imperatriz-MA, em caso de Câncer de Colo de Útero, em casos que os usuários não necessitam fazer os dois procedimentos na mesma data, a radioterapia é realizada no Hospital do Câncer em Palmas. Sobre as redes de apoio existentes, podemos afirmar como um suporte à rede oncológica, eximido a característica substitutiva da mesma; dentre elas em Palmas existe, Secretaria dos Municípios; Casa de Apoio; Liga Feminina.

No que se referem aos sistemas de regulação, para esta rede oncológica, o agendamento de consulta é através do SISREG, TFD ou pelo SEMUS. No Brasil a Constituição Federal de 1988, definiu a estratégia de regionalização por meio da organização de redes de atenção como elemento essencial para garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. (OUVENEY, 2013, p.143).

Para fomentar a organização dos serviços e delinear seus espaços físicos, alcance de seus objetivos; forma de funcionamento; coordenação dos programas, elaboram-se legislação que fortalece, sendo ela a lei orgânica da saúde 8.8080/90. Com o avanço tecnológico

é possível atualmente, mensurar índice de mortalidade por questões clínicas, espaçando o fator incidências. Concernente as redes de atenção à saúde, convenha-nos citar alguns modelos que são indispensáveis a eficiência do modelo gestão, devido um avanço qualitativo dos chamados serviços em redes.

De acordo com OUVÉNEY (2013), os modelos de gestão devem seguir uma lógica de multidisciplinaridade da intervenção, sendo esta ferramenta considerada como promissora, através do diálogo profissional, conectado ao olhar crítico da realidade apresentada. Outro ponto é a longitudinalidade do cuidado, sendo este representado por criação de projeto voltado para a melhor idade, academia popular, acompanhamento contínuo por determinada profissão em tempo não mensurado. Sem pretensão em sinalizar todos os modelos de gestão, encerramos com a Interdependência e compartilhamento de análise clínica cujo os objetivos são iguais, evitar trabalho isolado. A exemplo significamos as socializações dos prontuários entre profissionais de outras áreas e usuários pertencente da ferramenta (OUVÉNEY, 2013, p.155).

As mudanças realizadas através dos serviços das Redes de Atendimentos à Saúde (RAS) com a exposição das temáticas, os serviços ficaram mais visíveis e acessíveis, os usuários têm mais clareza sobre seus direitos. Um fator da área de informações, conjugada aos descritos acima, são os cartões SUS, permitindo as regiões municipais terem mais verbas na área da saúde pública, por pacientes, bem como acesso dos dados com mais facilidades no sistema, nos agendamentos de consultas e aquisições de remédios. A finalidade das RAS consiste em um melhoramento na qualidade de vida da população e suas ações são desenvolvidas para uma população numérica finita, mapeando Estados e Municípios que estão na linha de risco por doença agravante ou epidemia, politicamente é gestada de forma descentralizada participativa por conselhos de saúde, e integrada por várias unidades de Saúde.

De acordo com dados da UNA-SUS de 2015 é possível representar um modelo de Rede de Atenção à Saúde:

A) Rede Cegonha: é aquela que destina seu tratamento matriarcal, em mulheres gestantes no que dizem respeito ao seus direitos, são esclarecidos pela equipe da rede; outro tipo de atuação é o acompanhamento do pré-natal e prevenção de doenças, através de entrega de preservativos e campanhas de saúde; dos direitos da mulher garantido pela rede e o acompanhamento do genitor nas consultas da sua criança.

B) Rede de Atenção à Urgência: sua atuação dar-se-á, a partir das classificações de riscos, representadas pelas cores Amarela significa pode esperar; azul: corre risco de vida; e emergência; vermelha não pode aguardar nem um minuto, contado o fator vida entre vida e

morte. Concernente aos serviços são de referência e contra referência, os pontos de acesso são UPAs (unidade de pronto atendimento); UPS(unidade de posto de saúde); UTI (unidade de tratamento intensivo).

C) Rede de Atenção Psicossocial: sua história teve início com os hospitais psiquiátrico e depois veio a fase manicomial, nesta os pacientes era tratados com martírio, ao serem amarrados para aceitar o tratamento, ao passar alguns anos acontece uma reforma psiquiátrica é aprovado o novo modelo de saúde, para tratar os doentes com transtornos mentais e dependentes de drogas, então surge CAPs (centro de atendimento psicossocial, neste os usuários são vistos com outros olhos, tendo direito de ser ouvido, o ambiente que passam um tempo para o tratamento é uma casa, é ofertadas terapias com profissional terapeuta, e podem realizar trabalhos artesanais.

D) Rede de cuidados à pessoa com Deficiência: tem por finalidade, socializar as pessoas com deficiência, nos espaços públicos, promovendo uma saúde ampliada, através do acesso aos pontos de atenção, de quem necessita do acompanhamento. Sobre seus direitos devem ser amplamente divulgados, este público deve receber as informações necessárias para não ficarem em desvantagem, em referência as demais pessoas. Para tanto, a concessão de cadeiras de roda a pessoas que não possui condições para sua aquisição, o segundo direito é com base em solicitações e laudos médicos o paciente em tratamento pelo SUS, necessitar de próteses, o sistema de saúde deve garantir ao usuário.

E) Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas (diabetes, câncer, obesidade etc.). (UNA-SUS,2015, p.32).

A Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas foi criada pela Secretaria de Atenção à Saúde em 2012, visando atender o doente de forma integral, ou seja não dar preferência do cuidado somente para a patologia que recebeu o atendimento, mas ter um olhar amplo no desenrolar do tratamento, tomando providências, inclusive estudando possibilidades de avançar no tratamento. Todos os serviços de saúde, estão conectados a uma rede de atenção e com os atendimentos oncológicos não são diferentes, nos quais o primeiro acesso é o ambulatório. Quando não for identificado no hospital qual fará o tratamento, deve apresentar a biopsia no ato da consulta, fazendo referência ao primeiro atendimento, ao adentrar no Sistema Único de Saúde (SUS). No Art. 4º São objetivos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas:

I -realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e

manutenção da saúde; e II - fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações. (PORTARIA n° 483 de 1° de Abril de 2014).

São fatores existentes e de extrema necessidade, a mediação dos pontos de acesso e serviço em conjunto tendo em vista, que Rede de atenção à Saúde (RAS) atenda às pessoas com doenças crônicas fazendo ligação com as unidades de urgência e emergência para possíveis ocorrência, imediata e construir um elo entre a equipe multidisciplinar e os/as pacientes. Assim:

São componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: Atenção Básica; Atenção Domiciliar; Atenção Especializada (ambulatorial especializado, Hospitalar e urgência e emergência); Sistemas de Apoio; Sistemas Logísticos; Regulação; e Governança. O Estado possui 02 Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), sendo 01 em Palmas e 01 em Araguaína (com serviço de radioterapia temporariamente pactuado com o Estado do Maranhão). Além disso, há 06 Serviços de Referência de Colo do Útero (SRC) e 06 Serviços de Diagnóstico de Mama (SDM). (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO TOCANTINS, 2017, p.46).

De acordo com dados da Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins (2017), aRAS do município de Palmas, são uma congregação da Rede Atenção à Saúde do Estado do Tocantins, podendo ressaltar que essas redes também possuem endereço em Palmas/TO com exceção daquela destinada atender pessoas com Câncer, porém todas as outras estão funcionando com êxito e passo a passo, sendo desenvolvidas em ações conjuntas. Especificamente para pessoas com Câncer, existe a rede de prevenção e controle do Câncer. Para tanto, a Atenção Básica diferencia-se das redes atenção à saúde, ao proporcionar integração dos serviços, de forma que todos tenham acesso aos produtos de conhecimento produzido na área da saúde. No que diz respeito ao público alvo das redes de atendimento à saúde, são mulheres grávidas; genitores; usuários de drogas, pessoas com transtornos mentais em tratamentos, pessoas com câncer de todas as patologias. Seu ponto de acesso se daria por conexões, através da atenção básica como os prontos atendimentos, atenção de alta complexidade, efetuada no pronto-socorro. Já a atenção especializada se dá por hospitais gerais e a última podemos citar a média complexidade, que seguida pelos atendimentos nos unidade de básica de saúde.

Em relação a transporte e locomoção temos a Lei n°422, de 13 junho de 1993- instituída no município de Palmas- TO, passe- livre, ou seja, a concessão do transporte urbano e regulada por lei municipal, cada município tem sua própria legislação. Já a locomoção de

doentes deve ser garantida pelo Sistema Único de Saúde através de transporte aéreo, terrestre e fluvial; diária alimentação e pernoite para doente e acompanhante, nos casos de tratamento fora do domicílio de acordo com a portaria SAS n°55 de 24/02/99 do Ministério da Saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao findar esse trabalho, muitas indagações são postas. Como diria Marx “todo começo é difícil em qualquer ciência” se levarmos em consideração condições perfeitas de bem-estar e saúde. Entretanto, a dificuldade percorrida até aqui foi agravada devido ao tratamento de um câncer muito agressivo denominado de linfoma de Hodgkin. É uma situação marcante na vida de qualquer pessoa, poder-se-ia dizer que é algo que se carrega para o resto da vida. Em segundo, ter a oportunidade de encarar o tema e abordar os direitos das pessoas com câncer, situação vivida no cotidiano de atendimento.

Há vários elementos a serem explorados, sobretudo, a fragilidade desses direitos nos tempos atuais, de profundos retrocessos e desconstrução da seguridade social brasileira que atinge de forma nefasta o direito à saúde e, conseqüentemente, em se tratando de pacientes com câncer, trata-se do direito à própria vida. Portanto, abordar os direitos das pessoas com câncer e defendê-los é extremamente importante. Além disso, se torna necessário estudar como essas pessoas tem se organizado em torno desses direitos.

O presente trabalho de conclusão de curso abordou de maneira singela (de acordo com as possibilidades acadêmicas e emocionais vivenciadas pela estudante), a trajetória da política de saúde, de caridade ao direito, enfocando a importância das lutas sociais e políticas para a configuração da saúde enquanto direito. Nessa direção, reafirmamos o compromisso com nosso projeto ético-político profissional, pois tal projeto suscita: “o compromisso com a competência, que só pode ter como base o aperfeiçoamento intelectual do Assistente Social, na busca incansável por efetivação dos direitos sociais como: saúde, educação, lazer, moradia, e que atuará nas políticas públicas, sejam no gerenciamento, coordenação ou avaliando, a conexão entre os direitos da pessoa com câncer sempre terá utilidades, pois no exercício da profissão existirá questões não comuns no espaço socio ocupacional, com necessidades em uma intervenção crítica, e um olhar aguçado para situação, dispensando as questões acríicas por tratar de demandas reprimidas.

No entanto, após realizarmos estudos na área da política de saúde, percebe a grande importância da luta pela universalidade desta mesma política, tendo em vista que sua ideia central é o acesso de forma a contemplar a todos/as, independente da classe social, cultura, raça, etnia e/ou gênero. Trazendo a questão para os direitos especificamente das pessoas acometidas pelo câncer, consideramos de fundamental importância publicações na área, pois ainda há pessoas que não estão tendo acesso de todos os seus direitos por falta de maiores esclarecimentos e condições jurídicas no enfrentamento da questão. Exemplificado sobre violações de direitos,

podemos citar casos de pessoas que fica na fila a esperar de cirurgia e consultas por meses no SUS, outras pelo mesmo sistema na tentativa de realizar um procedimento cirúrgico e quando percebe a demora, vende seus bens, e/ou rifas para angariar fundos e dar continuidade no tratamento no sistema privado, a saúde é direito do paciente e/ou usuário da política de saúde.

Quando abordamos os direitos das pessoas com câncer em todos os aspectos, também estamos nos referindo a um componente elementar do projeto ético-político que é a defesa dos direitos sociais, como bem enfatizado por Netto (2009, p. 156):

“[...] o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, aí incluída a publicidade dos recursos institucionais, instrumento indispensável para a sua democratização e universalização e, sobretudo, para abrir as decisões institucionais a participação dos usuários (PAULO NETTO, 2009, p. 156).

Daí a ênfase numa *formação acadêmica* qualificada, fundada em concepções teórico-metodológicas críticas e sólidas, capazes de viabilizar uma análise concreta da realidade social – formação que deve abrir a via à preocupação com a *(auto)formação permanente* e estimular uma constante *preocupação investigativa* (PAULO NETTO, 2009, p. 155).

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Eduardo da Motta e; SOUZA, Sara Gonçalves Antunes de; BAESSA, Adriano Ricardo. Pesquisa e inovação em saúde: uma discussão a partir da literatura sobre economia da tecnologia. **Revista Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 277-294, June 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000200007>.

BARBOSA, Antonieta. **Câncer, direito e cidadania**. São Paulo: Arx, 2007.

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. 34. Ed. Brasília: Senado Federal, 2011.

BRAVO, Sousa, Inês Maria (org.). **Política de Saúde no Brasil; Serviço Social e Saúde**. 3. Ed. – São Paulo: Cortez; Brasília<DF: OPAS, 2013.

_____. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

BUSS; Marchori, Paulo; Carvalho; de Ivo, Antônio. **Desenvolvimento da promoção da Saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008)**. Rio Janeiro: FIOCRUZ,

COHN, Amélia; NUNES, Edison; Jacobi, Pedro R; Karsch, Ursula S. **A Saúde como Direito e como Serviço**. São Paulo; Cortez; 1991.

DEITOS, Fátima. **Estresse, Câncer, Imunidade**. São Paulo: Ícone, 2004.

ENGELS, F. **A situação da classe operária na Inglaterra**. São Paulo: Global editora, 1986.

FALEIROS, Vicente de Paula, 1941- **o que é política social**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

GOSSET, D. **Há poder em suas palavra**. São Paulo: Editora Vida, 2009.

GUIMARÃES, J. **Risco e futuro da democracia brasileira: direito e política no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Cartilha Direitos da Pessoa com Câncer**. Tocantins, 2002.

LOAS. **Lei Orgânica de assistência social**. Brasília 2003.

MENEZES, Luís Gustavo Bezerra de, 1978- **Comentário à Lei 8.112/90: Estatuto dos Servidores Públicos Civis da União: teoria e mais 500 questões de provas anteriores**. Luís Gustavo e Henrique Cantarino.- Rio de Janeiro: Ed. Ferreira, 2009. 272p.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

MERHY, Emerson E.; QUEIROZ, Marcos S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **In: Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1993.

OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho (Org.). **Redes de Atenção à saúde organizada em redes**. São Luís: UNA- SUS/UFMA. 2015.

OUVERNEY, A.M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 143-182.
OMS, Ministério da Saúde, 2008.

PAULO NETTO, J.A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, A. E. [et al.]. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Cinco notas a propósito da questão social**. In: Revista Temporalis nº 3, Brasília: ABEPSS, 2001.

REFORMA Sanitária e Projeto Ético- Político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria de; GAMA, Andréa de Sousa; MONNERAT, Giselle Lavinas. **Saúde e Serviço Social**. Rio de Janeiro, Cortez, 2004,p.25-47.

SALVADOR, E. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, de Oliveira Marcell. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2017. 128 p. ISBN 978-85-7318-362-7 (versão impressa) ISBN 978-85-7318-361-0 (versão eletrônica)

SILVA; e Lacerda, Thais; Dias; Costa, Elizabeth et al. Saúde do trabalhador na atenção Primária: percepções e práticas de equipes de saúde da família. **Revista XXXXXXXXXXXX**, disponível em DOI: 10.1590/1807-57622013

SILVA; e Vieira, Karla, Daniele, PESSOA; Tavares, Emily, Veloso; Helena, Heloisa. Dificuldades financeiras e seus impactos no tratamento de pacientes com câncer: Uma realidade vivenciada no projeto ERO. **Revista Saúde e Ciência online**, v.7, n.2, (maio a agosto de 2018) 502p.

TOCANTINS (Estado). **Secretaria de Estado da Saúde**. Plano Estadual de Saúde: 2004-2007.