

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

ROSELY DE MELO GRILLO

**POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE:
A Atenção Básica na detecção precoce e prevenção do câncer**

FRANCA

2013

ROSELY DE MELO GRILLO

**POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE:
A Atenção Básica na detecção precoce e prevenção do câncer**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. José Walter Canôas

FRANCA

2013

Grillo, Rosely de Melo

Política pública de saúde: a atenção básica na detecção precoce e prevenção do câncer / Rosely de Melo Grillo. –Franca: [s.n.], 2013

190 f.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
Orientador: José Walter Canôas

1. Saúde pública. 2. Cancer - Prevenção. 3. Serviços de saúde pública. I. Título.

CDD – 362.1

ROSELY DE MELO GRILLO

**POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE:
A Atenção Básica na detecção precoce e prevenção do câncer**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____

Prof. Dr. José Walter Canôas

1º Examinador (a): _____

2º Examinador (a): _____

Franca, ____ de _____ de 2013.

Dedico este estudo a Deus, fonte de luz e perseverança e, especialmente à minha família, pela paciência, dedicação e apoio, ao longo desse período de ausências e pela constante alegria de os terem comigo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois sempre esteve comigo em todos os momentos.

Aos meus pais e familiares, que sempre me deram força e incentivo para realização desse trabalho.

A minha filha Giovana pelo apoio, amor e compreensão pelas horas roubadas do seu convívio.

Ao meu irmão Rogério, por contribuir com sua ajuda corrigindo e dando sua opinião valiosa em minha pesquisa.

Aos mestres, por dividiram comigo muitos saberes acumulados ao longo da história de vida de cada um e, de modo especial ao orientador Dr.^o José Walter Canôas, pela atenção e disponibilidade.

Aos amigos mais sinceros e preciosos que foram solidários e prestativos e não sabem o quanto significam para mim, em especial a amiga de longas datas Andréa.

Ao Hospital Regional do Câncer pelos dados fornecidos, em especial ao funcionário Wagner e ao médico Dr. Natael.

Aos profissionais que aceitaram participar da pesquisa.

Enfim, a todos que de uma forma ou de outra, direta ou indiretamente, contribuíram para que este estudo se realizasse.

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.” (Chico Xavier).

GRILLO, Rosely de Melo. **Política pública de saúde: a atenção básica na detecção precoce e prevenção do câncer.** 2013. 131 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2013.

RESUMO

O presente trabalho é uma contribuição aos estudos sobre Saúde Pública brasileira, tem como objetivo analisar o papel das Políticas Públicas de Saúde na prevenção e detecção do câncer, apontando os entraves na atenção básica, visando à construção de estratégias adequadas as exigências advindas do cenário da saúde. Para avaliar a efetividade da atenção básica na detecção e prevenção do câncer foi necessário analisar o trabalho das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). Adotamos a pesquisa exploratória e no que consta sobre os dados coletados, realizamos entrevistas semi-estruturadas com roteiro pré-estabelecido e utilizamos os registros hospitalares do Hospital do Câncer como fontes de informação e dados estatísticos. Nosso universo de pesquisa foi o município de Passos, localizado no estado de Minas Gerais. O município conta com 17 (dezesete) equipes de ESF's, para nossa pesquisa elegemos 6 (seis) ESF's e contamos com 18 (dezoito) sujeitos, sendo 12 (doze) agentes de saúde e 6 (seis) enfermeiros. Dessa forma construímos uma análise crítica sobre o atendimento de saúde na detecção precoce e na prevenção do câncer no município de Passos.

Palavras-chave: saúde. política pública de saúde no Brasil. atenção básica. Política Nacional de Atenção Oncológica. câncer.

GRILLO, Rosely de Melo. **Política pública de saúde: a atenção básica na detecção precoce e prevenção do câncer.** 2013. 131 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2013.

ABSTRACT

This work is a contribution to studies on Brazilian Public Health, aims to analyze the role of Public Health Policies in the prevention and detection of cancer, pointing out the barriers in primary care, in order to build appropriate strategies the requirements arising from the scenario health. To evaluate the effectiveness of primary care in the detection and prevention of cancer was necessary to analyze the work of teams of the Family Health Strategy (FHS). We adopt the exploratory research and appearing on the data collected, we conducted semi-structured interviewed with pre-established script and use the hospital records of the Cancer Hospital as sources of information and statistical data. Our research universe was Passos, located in the state of Minas Gerais. The city has seventeen (17) teams ESF's, for our research we elect six (6) ESF's and we have eighteen (18) subjects, twelve (12) health agents and six (6) nurses. Thus we construct a critical analysis on health care in the early detection and prevention of cancer in Passos.

Keywords: health. public health policy in Brazil. primary care. National Policy Oncology. cancer

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mario Kroeff na ambulância do pronto-socorro, como interno em 1915.....	50
Figura 2	Foto do Instituto Nacional do Câncer.....	55
Figura 3	Em 1880 temos a mais antiga foto conhecida de Passos, nos tempos do Império.....	68
Figura 4	Foto atual do município de Passos/MG.....	72
Figura 5	Casarão adquirido pelo Barão de Passos. Nele funcionou a Santa Casa de 1865 até 1904.....	78
Figura 6	Irmãs da Divina Providência.....	79
Figura 7	Fachada atual da SCMP.....	80
Figura 8	Com a participação de médicos, funcionários da Santa Casa e pessoas da comunidade, foi dado o "Abraço Simbólico" ao HRC.....	84
Figura 9	Fachada do HRC.....	87

LISTA DE MAPAS

Mapa 1	Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde.....	43
Mapa 2	Localização do Estado de Minas Gerais no Brasil.....	62
Mapa 3	Localização do RP Sul de Minas dentro do estado de Minas Gerais..	65
Mapa 4	Localização do município de Passos no Estado de Minas.....	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Estimativa para o ano 2010 de números de casos novos por câncer, em homens e mulheres, segundo localização primária.....	55
Tabela 2	Estimativas para o ano 2010 de número de casos novos de câncer, por Estado.....	56
Tabela 3	Estimativa para o ano de 2010 – Região Sudeste.....	57
Tabela 4	Estimativa para o ano de 2010 – Minas Gerais e Belo Horizonte.....	57
Tabela 5	Estimativas para o ano de 2012 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos por câncer, segundo sexo e localização primária.....	57
Tabela 6	Tabela com municípios e população total atendidos pela SRS de Passos.....	73
Tabela 7	Distribuição proporcional dos casos de câncer segundo Bairros de Passos.....	73
Tabela 8	Distribuição proporcional dos casos de câncer segundo o sexo.....	87
Tabela 9	Distribuição proporcional dos casos de câncer segundo procedência.....	88
Tabela 10	Distribuição proporcional do total de casos de câncer, por sexo, segundo localização do tumor primário.....	89
Tabela 11	Distribuição proporcional dos casos de câncer segundo faixa etária e sexo.....	92
Tabela 12	Distribuição proporcional das dez neoplasias mais frequentes em homens.....	92
Tabela 13	Distribuição proporcional das dez neoplasias mais frequentes em mulheres.....	93
Tabela 14	Distribuição proporcional dos casos de câncer segundo o Grau de Instrução.....	92

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Nacional do Secretários Estaduais de Saúde
DNPS	Departamento Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FAS	Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social
HRC	Hospital Regional do Câncer
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INPAS	Instituto Nacional de Previdência Social
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PSF	Programa Saúde da Família
RHC	Registro Hospitalar do Câncer
SCMP	Santa Casa de Misericórdia de Passos
SNC	Serviço Nacional do Câncer
SRS	Superintendência Regional de Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanhas da Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1	
POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	18
1.1 Conceito de Saúde	19
1.2 Política Pública	22
1.2.1 Evolução do Conceito.....	22
1.2.2 Política Pública de Saúde no Brasil.....	24
1.2.3 Política Nacional de Atenção Básica	33
CAPÍTULO 2	
POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA	44
2.1 Conceito de Câncer	45
2.2 Política Nacional de Atenção Oncológica	48
CAPÍTULO 3	
A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA	59
3.1 Objeto e Objetivos	60
3.2 Universo da Pesquisa.....	61
3.2.1 Um Pouco sobre Minas Gerais	61
3.2.2 Histórico de Passos/MG	66
3.2.3 Santa Casa de Misericórdia de Passos (SCMP).....	76
3.2.4 Hospital Regional do Câncer de Passos (HRC).....	82
3.3 Procedimentos Metodológicos	94
3.4 Pesquisa Documental.....	95
3.5 Pesquisa de Campo	95
3.6 Desenvolvimento da Pesquisa	97
3.7 A ESF como estratégia para prevenção e detecção precoce do câncer	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS	107

REFERÊNCIAS	112
--------------------------	------------

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro provisório para a entrevista	126
--	------------

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido	128
--	------------

ANEXOS

ANEXO A – Estimativa 2010 Incidência de Câncer no Brasil.....	130
--	------------

ANEXO B – Política Nacional de Atenção Oncológica.....	131
---	------------

INTRODUÇÃO

O câncer é um problema de saúde pública no Brasil e a Política Nacional de Atenção Oncológica foi proposta como uma estratégia dotada de certas ações integradas visando o controle das neoplasias malignas. Tais ações integradas correspondem ao controle dos cânceres do colo do útero e de mama, como sendo uma prioridade nacional pela elevada incidência, além é claro, da possibilidade de redução da mortalidade diante o rastreamento populacional. Destarte, a Coordenação de Prevenção e Vigilância do Instituto Nacional do Câncer (INCA) tem agido em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde para contribuir com a organização da rede de atenção oncológica nos Estados (PARADA et al., 2008).

Historicamente, no Brasil, a abordagem do câncer como um problema sanitário a ser arcado pelo Estado, se deu apenas a partir da década de 1930, pela atuação de pesquisadores da área, tais como: Mario Kroeff, Eduardo Rabello e Sérgio Barros de Azevedo. Assim sendo, o controle do câncer em nível nacional só viria sob a forma de criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC) em 1941, no qual era destinado a orientar e controlar a campanha de câncer em todo o território brasileiro (PARADA et al., 2008).

É precípua destacar que o câncer mais incidente entre a população brasileira, nas últimas décadas, é o de pele não melanoma, tipo menos agressivo da doença, no qual pode ser tratado em nível ambulatorial. Além deste, o câncer de próstata e pulmão nos homens e o de mama e colo do útero em mulheres, são exemplos da doença que podem ser prevenidos pelas políticas de atenção oncológica (INCA, 2008). Destaca-se que estas ações preventivas possibilitam a diminuição da mortalidade do câncer.

Nesse contexto, as ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e a prevenção do câncer, assim como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados (BRASIL, 2005b), fazem parte das ações que envolvem a formulação de políticas e de instrumentos de planejamento e programação, avaliação e monitoramento da qualidade e da produção de serviços. (apud PARADA et al., 2008, p. 200).

É nesta perspectiva que a escolha do tema se dá pelo desafio da pesquisadora que, enquanto assistente social, implantou o Serviço Social no Centro de Quimioterapia (CACON I) da Santa Casa de Passos onde atuou por 7 anos,

conhecendo as dificuldades vivenciadas pelos portadores de neoplasias malignas, atendidos pelo SUS.

Portanto, a presente pesquisa, intitulada de “Política Pública de Saúde: A atenção básica na detecção precoce e prevenção do câncer”, consiste em analisar a Política Nacional de Atenção Oncológica visando apontar os entraves na atenção básica, tecendo possibilidades de estratégias e atuação para a prevenção e a detecção do câncer.

O objeto deste estudo baseia-se em um esforço intelectual para expor e sistematizar a saúde pública na cidade Passos/MG em sua relação com a detecção e prevenção do câncer. Nesse sentido, o objetivo principal desta pesquisa é analisar o papel das Políticas Públicas de Saúde na prevenção e detecção do câncer, apontando os entraves na atenção básica, visando à construção de estratégias adequadas às exigências advindas do cenário da saúde.

Ressalta-se que, a pesquisa sobre a Política Nacional de Atenção Oncológica pode oferecer elementos importantes para o meio acadêmico, na construção do conhecimento, além de contribuir para a melhoria do atendimento na Saúde Pública do Brasil e da cidade de Passos/MG.

O estudo foi realizado por meio de uma pesquisa teórica bibliográfica, documental e de campo, à qual possibilitou a caracterização da cidade de Passos/MG em seus avanços e peculiaridades e o atendimento desenvolvido na saúde pública, buscando analisar os avanços e os retrocessos da mesma.

Enfatizamos que a metodologia pautada em uma pesquisa bibliográfica é um apanhado sobre os principais trabalhos científicos já realizados sobre o tema escolhido e que são revestidos de importância por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes. Ela abrange: publicações avulsas, livros, jornais, revistas, vídeos, internet, etc. Esse levantamento é importante tanto nos estudos baseados em dados originais, colhidos numa pesquisa de campo, bem como aqueles inteiramente baseados em documentos (LUNA, 1999, p. 53)

No que atina a pesquisa de campo, esta terá como instrumento principal o emprego de entrevistas semiestruturadas, com roteiro pré-estabelecido. Utilizamos os registros hospitalares do Hospital do Câncer de Passos/MG como fontes de informação e dados estatísticos para nossa pesquisa.

Ademais, as entrevistas semiestruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, em que o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema

proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal (BONI; QUARESMA, 2005).

No que concerne à análise da realidade atual, se faz necessário depreender os determinantes históricos envolvidos neste processo. Ora, somos frutos do nosso passado e da nossa história, o setor saúde também sofreu as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo.

Enfim, “[...] não se pode fazer a omelete sem quebrar os ovos.” (FALEIROS, 2009), sendo assim, iniciamos nosso trabalho falando sobre saúde, em seguida discorreremos sobre política pública e política de saúde no Brasil, atenção primária, falaremos sobre o câncer e a política nacional de atenção oncológica.

O trabalho foi dividido em 3 (três) capítulos detalhados a seguir.

No Capítulo 1 procurou percorrer a trajetória da saúde pública no Brasil, conceituamos saúde, políticas públicas e atenção básica.

No Capítulo 2, destacamos a política nacional de atenção oncológica, explicamos sobre o câncer, e decorremos sobre a política apresentando dados estatísticos da incidência do câncer no Brasil.

No Capítulo 3, traçamos a construção da nossa pesquisa a partir do nosso objeto e objetivos, detalhando o caminho metodológico, o cenário da pesquisa, a organização dos dados obtidos. E por fim, discorreremos sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia para prevenção e detecção precoce do câncer, onde apresentamos nossos dados e a análise dos mesmos.

Finalizamos com algumas considerações acerca dos dados obtidos relacionando-os com a pesquisa documental, na perspectiva de oferecer contribuições para a construção de estratégias na atenção básica para a prevenção e detecção precoce do câncer.

CAPÍTULO 1

POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

1.1 Conceito de Saúde

Saúde, em português, deriva de *salude*, vocábulo do século XIII (1204), em espanhol *salud* (século XI), em italiano *salute*, e vem do latim *salus* (*salutis*), com o significado de salvação, conservação da vida, cura, bem-estar. O étimo francês *Santé*, do século XI, advém de *sanitas* (*sanitatis*), designando no latim *sanus*: são, o que está com saúde, aproximando-se mais da concepção grega de higiene, ligada a deusa *Hygea* (LUZ apud MAIA; SOUSA; OLIVEIRA, 2011).

Assim, em seu plural de origem idiomática, o termo saúde designa, portanto, uma afirmação positiva da vida e um modo de existir harmônico, não incluindo em seu horizonte o universo da doença. Pode-se dizer que saúde é, em sua origem etimológica, um estado positivo do viver, aplicável a todos os seres vivos e com mais especificidade à espécie humana (LUZ, 2009).

O estado de saúde, romano ou grego, implicaria um conjunto de práticas e hábitos harmoniosos abrangendo todas as esferas da existência: o comer, o beber, o vestir, os hábitos sexuais e morais, políticos e religiosos. Implicaria virtudes específicas ligadas a todas essas esferas, e também em vícios, que poderiam degradar o estado de harmonia, ensejando o adoecimento e a morte (LUZ, 2009).

Nesse contexto, nasce à saúde, mais que um estado natural, é uma definição construída social e culturalmente. E nossa definição atual está muito longe de sua origem etimológica, tendo caminhado em sentido restritivo, senão oposto, ao longo dos últimos dois séculos (LUZ, 2009).

A preocupação social com a doença das populações, primeiramente, em função das pestes e guerras (epidemias) que dizimam a Europa no começo da idade moderna, nos séculos XIV a XVII, e posteriormente dos indivíduos, durante os séculos XVIII e XIX, prenuncia a relação peculiar da modernidade entre vida humana e política, que Michel Foucault (2008) designou de *biopoder* (LUZ, 2009). Por ser a partir de políticas de saúde, isto é, de medidas de combate às doenças coletivas e individuais, que instituições médicas, investidas do poder de Estado definirão o estatuto do viver e suas normas no plano individual e coletivo.

Nesse sentido, o biopoder, diferentemente do poder disciplinar, se atenta com as populações e não mais com os corpos individualizados, ou seja, é pertinente pensar que além de diversos mecanismos reguladores citados por Foucault, tais como o controle da natalidade e de fecundidade, o controle do meio geográfico ou

do meio hidrográfico, o controle das cidades e da higiene e saúde pública, dentre outros, também existe, a partir do século XX, o controle das instituições médicas e dos tratamentos de doenças coletivas.

Assim, nasce a saúde pública, com uma dupla missão, isto é, de combater e também de prevenir doenças coletivas, ou ainda individuais, em que, por contágio ou transmissão, ameacem a sociedade e a ordem pública (LUZ, 2009).

Para Faleiros et al. (2006, p. 18):

A questão da saúde deixa de ser “um negócio da doença” para se transformar em garantia da vida, rompendo-se com o modelo flexneriano (proposto pelo relatório Flexner, nos Estados Unidos, no início do século XX), que restringia a saúde ao diagnóstico das doenças, feito por especialistas designados por um saber academicamente reconhecido em lei.

Ora, a saúde pública emerge como uma forma de combate e prevenção, quer dizer, deixa de ser um “negocio da doença”, como sugere os autores supracitados. Portanto, a necessidade da saúde pública passa a residir na questão da orientação, controle e instrumentalização da doença.

Com o passar do século XX, e, com as vitórias da ciência, a visão de saúde como ausência relativa ou total de doença, em coletividades e indivíduos, passam a ser incorporadas pela sociedade ocidental. Nessa visão, ter saúde, ser sadio, passa a significar não estar doente, não ser portador de patologia ou estar em parâmetros de normalidade sintomática. O estado de normalidade sintomática é a definição institucional do estado de saúde em nossa sociedade (LUZ, 2009).

Por outro lado, a ideia da doença, para Canguilhem (2006), é um novo modo de estar no mundo, com isso, é uma modificação qualitativa, implicando, desse jeito, em um valor. O critério quantitativo para diferenciar o normal e o patológico torna-se, portanto, insuficiente ou inquantificável.

Desse modo, a ideia da doença torna-se uma concepção hegemônica não somente entre os profissionais de todas as formações, ligadas ao saber biomédico como na sociedade civil e nas instituições, principalmente, nos órgãos encarregados de formar a opinião pública, como a mídia (LUZ, 2009).

A partir do fim da Segunda Guerra Mundial, e também durante a segunda metade do século XX, as recém-criadas organizações internacionais de saúde pública, tais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-

Americana da Saúde (Opas), especialmente, a OMS, de caráter mundial, propõem novas definições, de caráter mais positivo e abrangente que as empregadas pelas instituições médicas: “*estado de completo bem-estar físico, mental e social*”, sendo esta uma definição que se propõe a superar a visão mecânica do homem conjunto de partes, dominante nas especialidades médicas, buscando reassociar as dimensões em que se insere a vida humana: social, biológica e psicológica (FALEIROS et al., 2006; ROSEN, 1994).

Além destas concepções, encontramos na cultura ocidental contemporânea e outras culturas de natureza holísticas, ligadas aos paradigmas distintos dos dominantes na sociedade ocidental. Entre elas devem ser exaltadas aquelas ligadas às medicinas orientais, como à medicina chinesa ou à medicina indiana, no qual definem a saúde como um estado de harmonia da força ou da energia vital que circula em todos os órgãos (*medicina chinesa*), em todos os tecidos (*medicina ayurvédica*), tendo ela a propriedade de regular, por seu fluxo harmonioso, os eventuais desequilíbrios do ser humano, considerado por essas medicinas como um todo “biosociopsiquicoespiritual” (LUZ, 2005, 2009).

Existem, também, as medicinas ocidentais homeopáticas e antroposóficas, as quais o ser humano é visto como uma totalidade que se conecta a natureza e aos outros seres vivos, circulando uma energia vital. O adoecimento seria, desse modo, um efeito do desequilíbrio ou da desarmonia desta energia. A saúde, nesta visão, é um estado de harmonia energética e sua conservação depende dos hábitos e dos sentimentos saudáveis. Portanto, essas medicinas, e outras tradicionais, que incluem sistemas médicos indígenas, orientam-se por lógicas de intervenções terapêuticas e diagnósticas que não se encaixam no que denominamos de medicina científica, atuando com outras lógicas, modelos ou racionalidades. Por fim, existem as definições vitalistas não filiadas a nenhum sistema médico, mas a saberes e práticas populares, em que a saúde é frequentemente definida como boa disposição para a vida cotidiana, principalmente, o trabalho (LUZ, 2009).

Finalmente, em 1986 com a VIII Conferência Nacional de Saúde temos o conceito atual e que iremos usar neste trabalho: “*Condição de vida de uma dada população, ou seja, resultado de determinações históricas estruturais e conjunturais de uma nação, que envolva as condições de acesso à alimentação, educação, habitação, emprego, renda, saneamento básico e lazer.*” (NASCIMENTO, 2011, grifo do autor).

1.2 Política Pública

1.2.1 Evolução do Conceito

Denomina-se política a ciência de bem governar um povo, constituído em Estado. Em um Estado democrático, essa governabilidade é exercida pelo poder público, via representantes conduzidos ao poder, direta ou indiretamente, pelo povo (MACHADO; KYOSEN, 1998).

O termo política foi cunhado a partir da atividade em sociedade, desenvolvida pelos homens da *pólis* (*cidade/estado grega*). Significa tudo o que se refere à cidade e, conseqüentemente, o que é urbano, civil, público, e até mesmo sociável e social (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998).

A política tem como objetivo estabelecer os princípios que se mostrem indispensáveis à realização de um governo. Assim, levando em conta o desejo de conduzir o Estado ao cumprimento de suas principais finalidades, isto é, em melhor proveito dos governado. Mostra o corpo de doutrinas, indispensáveis, dentro das quais devem ser estabelecidas as normas jurídicas necessárias ao bom funcionamento das instituições administrativas do Estado (MACHADO; KYOSEN, 1998).

A política pública enquanto área de conhecimento e disciplina acadêmica nasce nos EUA, rompendo ou pulando as etapas seguidas pela tradição europeia de estudos e pesquisas nessa área, que se concentravam mais na análise sobre o Estado e suas instituições do que na produção dos governos (SOUZA, 2006).

Assim, na Europa, a área de política pública surgiu como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado e de uma das mais importantes instituições do Estado “o governo”, produtor de políticas públicas. Considera-se que a área de políticas públicas contou com quatro grandes “pais” fundadores: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton (SOUZA, 2006).

Em contrapartida, nos EUA, a área surge no mundo acadêmico sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, destarte, passando direto para a ênfase nas pesquisas atinentes a ação dos governos. Na área do governo propriamente dito, a introdução da política pública como instrumento das decisões do governo é resultado da Guerra Fria e da valorização da tecnocracia como meio de enfrentar suas conseqüências (SOUZA, 2006).

De acordo com Souza (2006, p. 24), intelectuais definem as políticas públicas da seguinte forma:

Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.

Conforme Souza (2006), no governo dos EUA, *Robert McNamara* foi o introdutor desta ideia, em que estimulou a criação, no ano de 1948, da *RAND CORPORATION*, organização não governamental financiada por recursos públicos e considerada a pioneira dos *think tanks* (expressão inglesa que significa "depósito de ideias" é uma instituição, organização ou grupo de investigação que produz conhecimento e oferece ideias sobre assuntos relacionados à política, comércio, indústria, estratégia, ciência, tecnologia ou mesmo assuntos militares).

O que determina as doutrinas, as normas jurídicas, e o funcionamento das instituições administrativas do Estado, resulta de uma concepção da relação indivíduo-sociedade baseada numa perspectiva positivista, onde a existência das diferenças e das desigualdades sociais apresenta-se como fenômenos inerentes à natureza humana. Teríamos, assim, pessoas mais capazes de definir o “bem comum”, e outras, que por suas incapacidades naturais, devem se submeter ao saber dominante (SOUZA, 2006).

Em síntese, Política Pública é o conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público que visa dar conta de determinada demanda, em diversas áreas. Ela expressa a transformação daquilo que é do âmbito privado em ações coletivas no espaço público (GUARESCHI et al. 2004).

No modo capitalista de produção da vida social, a classe capitalista detém os poderes político e econômico, determinando toda a vida social. Deve considerar que numa sociedade capitalista democrática, alguns aspectos da vida social são decididos coletivamente, principalmente aquelas decisões que não impliquem em mudanças substanciais no modo de produção. Um modo de produção que se funda

na desigualdade e na exploração da força de trabalho, onde a política é a política definida pelas classes dominantes e que responde aos interesses desta (MACHADO; KYOSEN, 1998).

A constituição das políticas públicas só pode ser apreendida através de uma perspectiva da totalidade das relações sociais. Assim sendo, existe o papel do Estado como o agente deste processo e realizando sua ação no interior de suas contradições internas e pressões externas. Há também de se considerar que a determinação fundamental das políticas públicas são os interesses gerais do capital e as necessidades da acumulação capitalista (VIANA, 2006).

No contexto brasileiro, as Políticas Públicas podem ser definidas como um conjunto de ações desencadeadas pelo Estado brasileiro, em escala Federal, Estadual e Municipal, com o objetivo de atender a determinados setores da sociedade civil (RODRIGUEZ, 2009).

Ademais, tais ações podem ser desenvolvidas em parcerias com organizações não governamentais e/ou com a iniciativa privada. Os tipos de políticas públicas são: Industrial; Agrícola; Monetária; Assistência social/institucional; Educacional (RODRIGUEZ, 2009).

1.2.2 Política Pública de Saúde no Brasil

A saúde no Brasil praticamente inexistiu nos tempos de colônia. O modelo exploratório nem pensava nessas coisas. O pajé, com suas ervas e cantos, e os boticários, que viajavam pelo Brasil Colônia, eram as únicas formas de assistência à saúde. Em 1789, havia no Rio de Janeiro, apenas quatro médicos (VARGAS, 2008).

Com a colonização, os brancos trouxeram consigo os germes de suas doenças, contaminando nossos indígenas, principalmente através da varíola e do sarampo. Mais tarde, foi a vez do negro trazer novas doenças como a filariose e a febre amarela. Caracterizou o período colonial, a deficiência de medicamentos e profissionais médicos, além da precária técnica que imperava nos hospitais, considerados verdadeiros depósitos de doentes (POLIGNANO, 2011, online).

Até a chegada da Corte Portuguesa ao Rio de Janeiro (1808), os poucos médicos, membros da elite, encontravam-se nas cidades maiores e atendiam somente as camadas mais altas da população. Esta situação só começa a modificar-se a partir da chegada da família real ao Brasil quando foram criadas as primeiras

instâncias de saúde pública por aqui, basicamente encarregadas de habilitar e fiscalizar o registro daqueles que se dedicavam à arte da cura (médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras, sangradores, etc.) e fiscalizar os navios para impedir que chegassem novas doenças nas cidades costeiras (VARGAS, 2008; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Em 1808, foram criadas as duas primeiras escolas de medicina do país: o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e em a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro (POLIGNANO, 2011, online, p. 3).

Com a independência, parte das tarefas de fiscalização foi transferida aos municípios que também realizavam vacinação antivariólica em períodos de epidemias, controle da entrada de escravos doentes nas cidades, expulsão das áreas urbanas de acometidos por doenças contagiosas e purificação do ambiente.

Durante esse período a atuação do Estado na assistência médica se restringia à internação de doentes graves em lazaretos e enfermarias improvisadas e à internação dos loucos no Hospício criado pelo Imperador. Os serviços médicos hospitalares estavam nas mãos de entidades filantrópicas nas cidades maiores (RONCALLI; SOUZA, 1998).

Nos três primeiros séculos, as enfermarias jesuítas e, posteriormente, as Santas Casas de Misericórdia eram as únicas formas de assistência hospitalar de que a dispunha a população brasileira (ALMEIDA; GRAZZIOTIN, 2010).

A partir do século XVIII, surgem os primeiros hospitais militares destinados à tropa, localizados no edifício dos antigos colégios jesuítas, confiscados após a expulsão da Companhia de Jesus, e sustentados pela família real. Anteriormente, o governo internava os soldados nas Santas Casas, mediante pagamento de pequena remuneração. Em contrapartida, os hospitais militares passaram a receber civis, mediante cobrança de uma taxa (VARGAS, 2008).

Nas últimas décadas do século XIX, enquanto os países europeus e os EUA passavam pela Segunda Revolução Industrial e se tornavam exportadores de capitais e serviços, o Brasil estabelecia a República Federativa e vivia a fase de “ouro” do café. O novo bloco de poder estava centrado na aristocracia paulista, que passava a dividir a cena política com outras oligarquias agrárias existentes, particularmente a mineira (política “café-com-leite”). A riqueza derivada da comercialização do café impulsionava a urbanização da região sudeste. Todavia, praticamente a mesma organização vigente no final do Império foi mantida. A Vacinação contra varíola foi tornada obrigatória em todo o país, um rol de doenças de notificação compulsória foi criado, aumentou a fiscalização dos portos (POLIGNANO, 2011, online).

Em 1891, com a promulgação da Constituição, as atribuições relacionadas à saúde foram transferidas para os municípios e estados. Para o governo central ficava a responsabilidade pela vigilância sanitária dos portos e pelos serviços de saúde do Distrito Federal (RONCALLI, 2003).

Além da preocupação com as epidemias, a ação do Estado em relação à saúde se restringia a medidas ordenadoras da vida urbana que visavam à manutenção de um estado geral de salubridade, como a fiscalização das habitações populares, da venda de alimentos e de bebidas alcoólicas. Até esse momento, a ação dos poderes públicos não se voltava para a assistência à saúde dos indivíduos, permanecendo com a filantropia a responsabilidade pelo cumprimento desse papel.

Todo o interior do país esteve à margem dessas ações até 1910. Muito da desatenção, e mesmo desprezo, de nossas elites em relação ao interior, devia-se ao preconceito em relação à população mestiça, vista como a ruína da sociedade (POLIGNANO, 2011, online).

Com a epidemia de gripe espanhola, em 1918, ficou mais do que constatada a precariedade dos serviços de saúde e a necessidade de reformá-los. O crescimento do operariado nas cidades e a intensificação das atividades dos sindicatos que já absorviam as agitações sociais vividas na Europa provocaram o surgimento, em 1918 da Liga Pró-Saneamento do Brasil que lutou pela reforma dos serviços de saúde e pelo saneamento dos sertões (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Foi no primeiro governo de Rodrigues Alves (1902-1906) que houve a primeira medida sanitária no país. O Rio de Janeiro não tinha nenhum saneamento básico, várias doenças graves como varíola, malária, febre amarela e até a peste espalhavam-se facilmente. O presidente então nomeou o médico Oswaldo Cruz para dar “um jeito” no problema. Numa ação policialesca, o sanitário convocou 1.500 pessoas para ações que invadiam as casas, queimavam roupas e colchões. Sem nenhum tipo de ação educativa, a população foi ficando cada vez mais indignada. E o auge do conflito foi à instituição de uma vacinação antivaríola. A população saiu às ruas e iniciou a Revolta da Vacina. Oswaldo Cruz acabou afastado.

A forma como foi feita a campanha da vacina, revoltou do mais simples ao mais intelectualizado. Rui Barbosa disse, sobre a imposição à vacina:

“Não tem nome, na categoria dos crimes do poder, a temeridade, a violência, a tirania a que ele se aventura, expondo-se, voluntariamente, obstinadamente, a me envenenar, com a introdução no meu sangue, de um vírus sobre cuja influência existem os mais bem fundados receios de que seja condutor da moléstia ou da morte.” (VARGAS, 2008, p. 5, grifo do autor).

Apesar do fim conflituoso, o sanitarista conseguiu resolver parte dos problemas e coletar informações que ajudaram seu sucessor, Carlos Chagas, a estruturar uma campanha rotineira de ação e educação sanitária.

Em 1898, uma equipe da Saúde, da qual participava Vital Brazil identificou um surto epidêmico de peste bubônica no porto de Santos que ameaçava alastrar-se. A necessidade de soro levou o Estado a instalar a sua produção em local distante do centro da cidade, tendo sido escolhida a Fazenda Butantan. Em fevereiro de 1901 foi oficialmente criado o Instituto Serumtherapico, posteriormente Butantan (BERTOLLI FILHO, 1996).

Em 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNPS), cujo primeiro diretor foi Carlos Chagas, com as funções de: legislar sobre a regulação da venda de produtos alimentícios (redução das infecções gastrintestinais – maior causa de mortalidade infantil no país), a normatização das construções rurais (controle da proliferação da doença de Chagas), a regulamentação das condições de trabalho das mulheres e crianças, a fiscalização de produtos farmacêuticos, a inspeção de saúde dos imigrantes que chegavam aos nossos portos, além da elaboração de estatísticas demográfico-sanitárias em nível nacional e produção de soros, vacinas e medicamentos necessários ao combate das grandes epidemias que afetavam o país (BRASIL, 2003).

Pouco foi feito em relação à saúde depois desse período, apenas com a chegada dos imigrantes europeus, que formaram a primeira massa de operários do Brasil, começou-se a discutir, obviamente com fortes formas de pressão como greves e manifestações, um modelo de assistência médica para a população pobre.

Em 1923, surge a lei Elói Chaves, criando as Caixas de Aposentadoria e Pensão. Essas instituições eram mantidas pelas empresas que passaram a oferecer esses serviços aos seus funcionários. A União não participava das caixas, a primeira delas foi a dos ferroviários. Elas tinham entre suas atribuições, além da assistência médica ao funcionário e a família, concessão de preços especiais para os

medicamentos, aposentadorias e pensões para os herdeiros. Essas caixas só valiam para os funcionários urbanos (BERTOLLI FILHO, 1996; MELO, 2004).

Esse modelo começa a mudar a partir da Revolução de 1930, ano em que Getúlio Vargas toma o poder. É criado o Ministério da Educação e Saúde e as caixas são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que, por causa do modelo sindicalista de Vargas, passam a ser dirigidos por entidades sindicais e não mais por empresas como as antigas caixas. Suas atribuições são muito semelhantes às das caixas, prevendo assistência-médica. O primeiro IAP foi o dos marítimos. A União continuou se eximindo do financiamento do modelo, que era gerido pela contribuição sindical, instituída no período getulista (BRASIL, 2003, online).

Quanto ao ministério, ele tomou medidas sanitaristas como a criação de órgãos de combate a endemias e normativos para ações sanitaristas. Vinculando saúde e educação, o ministério acabou priorizando o último item e a saúde continuou com investimentos irrisórios. No segundo governo de Vargas (1951-1954) a política econômica nacionalista imperou: foram criadas ou expandidas companhias nacionais de exploração mineral (inclusive a Petrobrás), hidroelétricas, química, etc. (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

No campo da saúde pública, emerge o sanitarismo desenvolvimentista', o qual considera que o nível de saúde de uma população depende primeiramente do grau de desenvolvimento econômico de um país. Essa corrente passa a disputar espaços com a corrente então hegemônica do sanitarismo tradicional (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

O grande marco do período foi à criação do Ministério da Saúde (MS) independente da área da educação, em 1953, embora a ele só tenha sido destinado um terço dos recursos alocados no antigo MS. Até 1964, o MS se caracterizou pela transitoriedade de seus titulares, evidenciando ser objeto de intensa e frequente barganha política (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

O governo de Juscelino Kubitschek (1956-1960) ficou marcado pelo desenvolvimento e pelo desenvolvimentismo, responsável pelas grandes transformações econômicas apoiadas pelo capital estrangeiro. As políticas sociais eram vistas como paliativas. Durante esse período foi feita uma tentativa de coordenar os vários órgãos envolvidos no combate, controle ou erradicação de

doenças específicas, com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu). (SCOREL; TEIXEIRA, 2008)

Os anos subsequentes, iniciados pelo governo de Jânio Quadros, foram marcados pela instabilidade política e econômica enfrentada por João Goulart na presidência. No MS houve uma sucessão de 6 ministros em cerca de 3 anos. O penúltimo, Souto Maior, apresentou um conceito ampliado de saúde, no XV Congresso de Higiene, em 1962. A saúde da população deveria ser entendida como suas condições globais de trabalho. Reconhecia um círculo vicioso entre pobreza e doença e subordinava sua interrupção a um projeto de desenvolvimento nacional (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

O último antes do golpe, Wilson Fadul, convocou a 3ª. Conferência Nacional de Saúde, realizado em 1963, com a finalidade de examinar a situação sanitária nacional e aprovar programas de saúde que, se ajustando às necessidades e possibilidades do povo brasileiro, concorram para o desenvolvimento econômico do País. A sugestão da conferência era a criação de uma lei municipal para todos os municípios criarem seus serviços de saúde (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Conforme Vargas (2008), em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social unificava os IAPs em um regime único para todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), porém excluía trabalhadores rurais, empregados domésticos e funcionários públicos. É a primeira vez que, além da contribuição dos trabalhadores e das empresas, se definia efetivamente uma contribuição do tesouro Público. Mas tais medidas foram ficando no papel.

A efetivação dessas propostas só aconteceu em 1967 pelas mãos dos militares com a unificação de IAPs e a consequente criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Surgiu então uma demanda muito maior que a oferta. A solução encontrada pelo governo foi pagar a rede privada pelos serviços prestados à população. Mais complexo, a estrutura foi se modificando e acabou por criar o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978, que ajudou nesse trabalho de intermediação dos repasses para iniciativa privada (VARGAS, 2008).

Para Vargas (2008), no ano de 1974, os militares criaram o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que ajudou a remodelar e ampliar a rede privada de hospitais, por meio de empréstimos com juros subsidiados. De 1969 a 1984, o número de leitos privados cresceu cerca de 500%, o modelo criado pelo regime

militar era pautado pelo pensamento da medicina curativa. Poucas medidas de prevenção e sanitárias foram tomadas. A mais importante foi a criação da Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM).

O movimento da Reforma Sanitária surge no meio acadêmico no início da década de 1970, como um meio de oposição técnica e política ao regime militar, assim, sendo seguido por outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época — o Movimento Democrático Brasileiro (MDB). Em meados da década de 1970, ocorreu uma crise do financiamento da previdência social, e, tal crise, engendrou repercussões no INAMPS (BRAVO, 1999).

Em 1979, o general João Baptista Figueiredo assumiu a presidência com a promessa de abertura política. A Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados promoveu, no período de 9 a 11 de outubro de 1979, o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, que contou com participação de muitos dos integrantes do movimento e chegou a conclusões altamente favoráveis ao mesmo; ao longo da década de 80 o INAMPS passaria por sucessivas mudanças com universalização progressiva do atendimento, já numa transição com o SUS (RONCALLI; SOUZA 1998).

No período da transição democrática, a saúde pública passa a ter uma fiscalização da sociedade. No ano de 1981, ainda sob o poder dos militares, é criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). No entanto, com o fim do período militar, aparecem outros órgãos que abarcam a participação da sociedade civil como o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRAVO, 1999).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco na história do SUS por vários motivos. Foi aberta em 17 de março de 1986 por José Sarney, o primeiro presidente civil após a ditadura, e foi a primeira CNS a ser aberta à sociedade; além disso, foi importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária (FALEIROS et al., 2006).

Desse modo, 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), sendo este um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais. Ressalta-se que o ato mais importante foi ter desenvolvido as bases para a seção "Da Saúde" da Constituição brasileira de 5 de outubro de 1988 (FALEIROS et al., 2006).

A Constituição Federal de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, pois definiu a saúde como "direito de todos e dever do Estado". A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e, finalmente, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), no qual fundou o SUS (FALEIROS et al., 2006).

Em poucos meses foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço (BRASIL, 1990).

O Sistema Único de Saúde (SUS) instituído pela constituição de 1988, compondo o tripé da Seguridade Social (Previdência - Assistência Social – Saúde), preconiza o direito à saúde de forma universal, equânime e integral (SOUZA, 2003).

Lei nº 8080, Art. 3º:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.” (BRASIL, 1990b, página 2, grifo nosso).

O Ministério da Saúde é o órgão responsável pela normatização e coordenação das ações, assim como pela liberação dos recursos para pagamento da rede hospitalar privada que mantém convênio com o SUS (MELO, 2004).

Ademais, as Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela coordenação das ações dos concernentes Estados, e, por sua vez, os Municípios pela execução das atividades de assistência médica preventiva e curativa, em sua área territorial (MELO, 2004).

Nos anos 90, assiste-se o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal. Nesse contexto houve um forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes. A Reforma Constitucional, notadamente da Previdência Social e das regras que regulamentam as relações de trabalho no Brasil é um dos exemplos dessa aliança. Ao agendar a reforma da previdência, e não, da seguridade, o governo teve como intenção desmontar a proposta de Seguridade Social contida na Constituição de 1988. Seguridade virou previdência e previdência é considerada seguro (FIGUEIREDO; TANAKA, 1996).

A Reforma do Estado ou Contra-Reforma é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. O referido Plano propôs como principal inovação a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo obedecendo às leis do mercado (FALEIROS et al., 2006).

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido culpada pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, além do desemprego estrutural, da precarização do trabalho, do desmonte da previdência pública, e, também, do sucateamento da saúde e da educação (BRAVO, 2006).

A proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos (FIGUEIREDO; TANAKA, 1996).

Hodiernamente, a análise que se faz na transição do governo Lula para o governo Dilma, ambos do Partido dos Trabalhadores (PT), é de que a política macroeconômica do antigo governo (FHC) foi mantida e as políticas sociais estão fragmentadas e subordinadas à lógica econômica.

O SUS completou 15 anos de existência e, não obstante ter conseguido alguns avanços, o SUS real está muito longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição do SUS inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou (BRAVO, 2006).

1.2.3 Política Nacional de Atenção Básica

Conforme Mendes (2002), a atenção primária à saúde (APS), também denominada cuidados primários de saúde (em Portugal) e atenção básica (governo do Brasil), foi deliberada pela Organização Mundial da Saúde em 1978, com a Declaração de Alma-Ata, definindo que:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

As principais características da atenção primária à saúde (APS), segundo Gomes e colaboradores (2001, página 882) são:

- Constituir a porta de entrada do serviço — espera-se da APS que seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que com isso seja o primeiro recurso a ser buscado. Dessa forma, a autora fala que a APS é o Primeiro Contato da medicina com o paciente.
- Continuidade do cuidado — a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que quando uma nova demanda surge esta seja atendida de forma mais eficiente; essa característica também é chamada de *longitudinalidade*.
- Integralidade — o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhado a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua corresponsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Nessa característica, a Integralidade também significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico.

- Coordenação do cuidado — mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que frequentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que portanto têm pouco diálogo entre si.

No Brasil, a Portaria Nº 648 GM/2006 (BRASIL,2006c) que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), define Atenção Básica como:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2006c, p. 22).

E continua:

“A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.” (BRASIL, 2006c, p. 22).

A Atenção Básica se constitui como o primeiro contato do usuário com o Sistema Único de Saúde (SUS). Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (GOMES et al., 2011). Destarte, a Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

No Brasil, a origem do PSF remonta criação do PACS em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar

as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994 o Ministério da Saúde, lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. Atualmente, reconhece-se que não é mais um programa e sim uma Estratégia para uma Atenção Primária à Saúde qualificada e resolutive. (BRASIL, 2009, p. 102).

A origem do Programa Saúde da Família ou PSF, conhecido hoje como Estratégia da Saúde da Família ou ESF, por não se tratar mais apenas de um "programa", teve início em 1994 como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção primária. A ESF visa à reversão do modelo assistencial vigente, onde predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença (SOUSA, 2008)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), o programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a ESF vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

O governo emitiu a Portaria Nº 648 de 28 de Março de 2006 (BRASIL, 2001), onde ficava estabelecido que o PSF “é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica” — que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

Em 2011 a portaria GM Nº 2.488/2011 revogou a portaria GM Nº 648/2006 e demais disposições em contrário ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovar a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011)

Depreendemos que a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2009).

Assim sendo, a Estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, portanto, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. Ademais, a velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (GOMES et al, 2011).

A Saúde da Família como estratégia que visa estruturar os sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o escopo de reordenar o modelo de atenção no SUS. Destarte, busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assessoradas às equipes saúde da família (BRASIL, 2009).

Deparamos-nos no site da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), os principais momentos da ESF. A seguir pontuaremos, de acordo com os dados obtidos no site, a trajetória da ESF.

- 1974 – Projeto de Saúde Comunitária da Unidade São José do Murialdo da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul com Projeto Voluntários de Saúde (pessoal da comunidade atuando junto à equipe de saúde comunitária do Murialdo).
- 1976 – PIASS Início dos primeiros programas de Residência Médica na área (Saúde Comunitária, Medicina Integral e Medicina Comunitária).
- Década de 80 - início da experiência de Agentes Comunitários e Saúde pelo Ministério da Saúde.

- 1991 – Criação oficial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde
- 1994 – Realização do estudo “Avaliação Qualitativa do PACS”; criação do Programa Saúde da Família; primeiro documento oficial “Programa Saúde da Família: dentro de casa”; e criação de procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS); a população coberta pelo PSF era em torno de 1 milhão de pessoas.
- 1996 – Legalização da Norma Operacional Básica (NOB 01/96) para definição de um novo modelo de financiamento para a atenção básica à saúde.
- 1997 – Lançamento do REFORSUS, um projeto de financiamento para impulsionar a implantação dos Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família; publicação de um segundo documento oficial “PSF: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, dirigido aos gestores e trabalhadores do SUS e instituições de ensino; PACS e PSF são incluídos na agenda de prioridade da Política de Saúde; publicação da Portaria MS/GM nº. 1882, criando o Piso de Atenção Básica (PAB), e da portaria MS/GM nº. 1886, com as normas de funcionamento do PSF e do PACS.
- 1998 – O PSF passa a ser considerado estratégia estruturante da organização do SUS; início da transferência dos incentivos financeiros fundo a fundo destinados ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde; primeiro grande evento: “I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família”; edição do “Manual para a Organização da Atenção Básica”, que se serviu como importante respaldo organizacional para o PSF; definição, pela primeira vez, de orçamento próprio para o PSF, estabelecido no Plano Plurianual.
- 1999 – Realização do 1º Pacto da Atenção Básica e do segundo grande evento, “I Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família — construindo um novo modelo”; realização do estudo “Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família”; edição da

Portaria nº. 1.329, que estabelece as faixas de incentivo ao PSF por cobertura populacional.

- 2000 – Criação do Departamento de Atenção Básica para consolidar a Estratégia de Saúde da Família; publicação dos Indicadores 1999 do Sistema de Informação da Atenção Básica; a população atendida alcança o percentual de 20% da população brasileira.
- 2001 – Edição da “Norma Operacional da Assistência à Saúde — NOAS/01”, ênfase na qualificação da atenção básica; realização de um terceiro evento, “II Seminário Internacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família”; apoio à entrega de medicamentos básicos às Equipe de Saúde da Família (ESF); incorporação das ações de saúde bucal ao PSF; realização da primeira fase do estudo “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.
- 2002 – Realização de um quarto evento: “PSF — A saúde mais perto de 50 milhões de brasileiros” e da segunda fase do estudo “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”; A população coberta pelo PSF ultrapassa os 50 milhões de pessoas.
- 2003 – Início da execução do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESF), cuja proposta inicial era a ampliação do programa em municípios de grande porte, ou seja, com mais de 100 mil habitantes, e publicação dos Indicadores 2000, 2001 e 2002 do Sistema de Informação da Atenção Básica.
- 2006 – Considerando a expansão do PSF, que se consolidou como estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e primeiro nível da atenção à saúde no SUS, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006 e outras de importância.
- 2011 – É realizada a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A seguir apresentaremos os números da Saúde da Família de acordo com a Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (DATASUS, online)

Resultados alcançados em 2003 (físico e financeiro):

Equipes de Saúde da Família:

Total de Equipes de Saúde da Família implantadas: 19 mil

Total de Municípios: 4,4 mil

Cobertura populacional: 35,7% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 62,3 milhões de pessoas.

Equipes de Saúde Bucal

Total de Equipes de Saúde Bucal implantadas: 6,2 mil

Total de Municípios: 2,8 mil

Cobertura populacional: 20,5% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 35,8 milhões de pessoas

Agentes Comunitários de Saúde

Total de Agentes Comunitários de Saúde: 184,3 mil

Total de Municípios: 5,1 mil

Cobertura populacional: 54% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 94 milhões de pessoas.

**Investimento 2003 na Estratégia Saúde da Família: R\$1.662,80 milhões*

Resultados alcançados em 2004 (físico e financeiro)

Equipes de Saúde da Família

Total de Equipes de Saúde da Família implantadas: 21,3 mil

Total de Municípios: 4,6 mil

Cobertura populacional: cobrindo 39% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 69,1 milhões de pessoas.

Equipes de Saúde Bucal

Total de Equipes de Saúde Bucal implantadas: 8,9 mil

Total de Municípios: 3,2 mil

Cobertura populacional: 26,6% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 47 milhões de pessoas

Agentes Comunitários de Saúde

Total de Agentes Comunitárias de Saúde: 192,7 mil

Total de Municípios: 5,1 mil

Cobertura populacional: 55,5% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 98,3 milhões de pessoas.

**Investimento 2004 na estratégia Saúde da Família: R\$ 2.191,04 milhões*

Resultados alcançados em 2005 (físico e financeiro)**Equipes de Saúde da Família**

Total de Equipes de Saúde da Família implantadas: 24.600

Total de Municípios: 4.986

Cobertura populacional: cobrindo 44,4% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 78,6 milhões de pessoas.

Equipes de Saúde Bucal

Total de Equipes de Saúde Bucal implantadas: 12,6 mil

Total de Municípios: 3,9 mil

Cobertura populacional: 34,9% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 61,8 milhões de pessoas

Agentes Comunitários de Saúde

Total de Agentes Comunitários de Saúde: 208 mil

Total de Municípios: 5,2 mil

Cobertura populacional: 58,4% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 103,5 milhões de pessoas.

**Investimento 2005 na estratégia Saúde da Família: R\$ 2.679,27 milhões*

Resultados alcançados em 2006 (físico e financeiro)**Equipes de Saúde da Família**

Total de Equipes de Saúde da Família implantadas: 26.729

Total de Municípios: 5.106

Cobertura populacional: cobrindo 46,2% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 85,7 milhões de pessoas.

Equipes de Saúde Bucal

Total de Equipes de Saúde Bucal implantadas: 15.086

Total de Municípios: 4.285

Cobertura populacional: 39,8% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 74,9 milhões de pessoas.

Agentes Comunitários de Saúde

Total de Agentes Comunitários de Saúde: 219.492

Total de Municípios: 5.309

Cobertura populacional: 59,1% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 109,7 milhões de pessoas.

**Investimento 2006 na estratégia Saúde da Família: R\$ 3.248,50 milhões*

Resultados alcançados em 2007 (físico e financeiro)

Equipes de Saúde da Família

Total de Equipes de Saúde da Família implantadas: 27.324

Total de Municípios: 5.125

Cobertura populacional: cobrindo 46,6% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 87,7 milhões de pessoas .

Equipes de Saúde Bucal

Total de Equipes de Saúde Bucal implantadas: 15,7 mil

Total de Municípios: 4,3 mil

Cobertura populacional: 40,9% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 77,0 milhões de pessoas.

Agentes Comunitários de Saúde

Total de Agentes Comunitários de Saúde: 211,0 mil

Total de Municípios: 5,3 mil

Cobertura populacional: 56,8% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 107,0 milhões de pessoas.

**Investimento 2007 na estratégia Saúde da Família: R\$ 4.064,00 milhões*

Resultados alcançados em 2008 (físico e financeiro)

Equipes de Saúde da Família

Total de Equipes de Saúde da Família implantadas: 29.300

Total de Municípios: 5.235

Cobertura populacional: cobrindo 49,3% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 93,5 milhões de pessoas.

Equipes de Saúde Bucal

Total de Equipes de Saúde Bucal implantadas: 17.807

Total de Municípios: 4.597

Agentes Comunitários de Saúde

Total de Agentes Comunitários de Saúde: 230.244

Total de Municípios: 5.354

Cobertura populacional: 60,1% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 113,9 milhões de pessoas

**Investimento 2008 na estratégia Saúde da Família: R\$ 4.767,00 milhões*

Resultados alcançados em 2009 (físico e financeiro)**Equipes de Saúde da Família**

Total de Equipes de Saúde da Família implantadas: 30.328

Total de Municípios: 5.251

Cobertura populacional: cobrindo 50,7% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 96,1 milhões de pessoas.

Equipes de Saúde Bucal

Total de Equipes de Saúde Bucal implantadas: 18.982

Total de Municípios: 4.717

Agentes Comunitários de Saúde

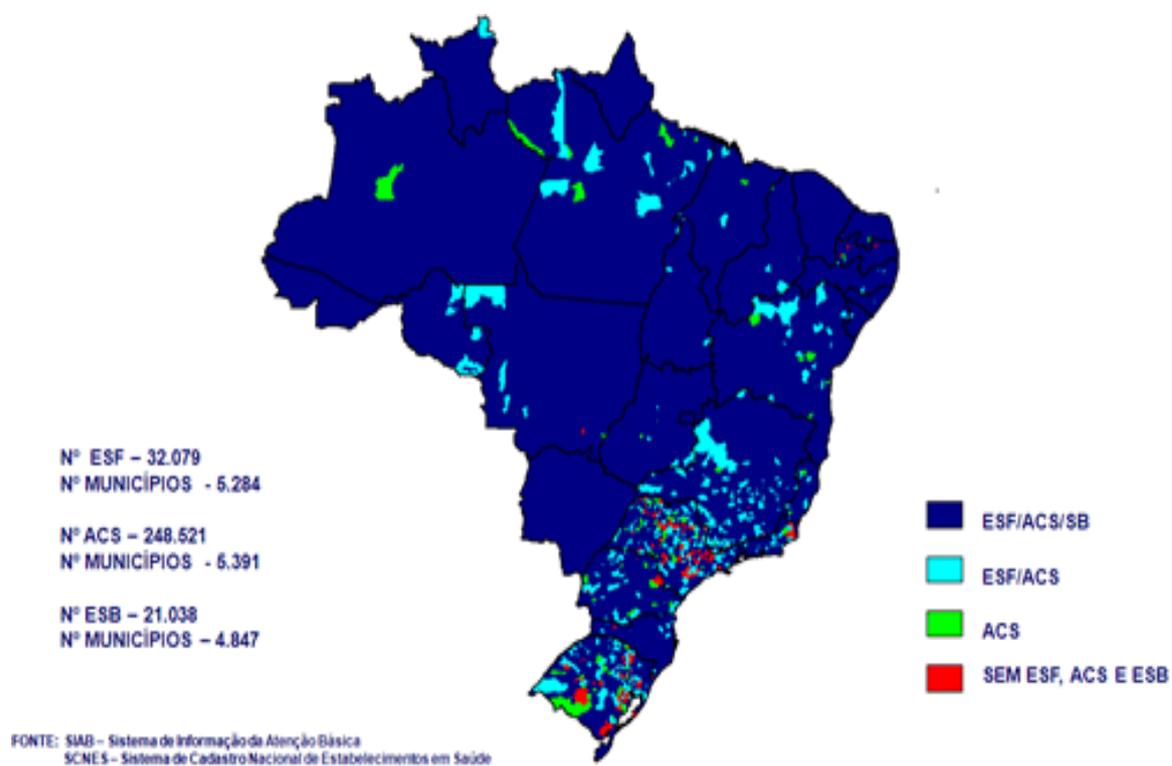
Total de Agentes Comunitários de Saúde: 234.767

Total de Municípios: 5.349

Cobertura populacional: 60,9% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 115,4 milhões de pessoas.

**Investimento 2009 na estratégia Saúde da Família: R\$ 5.698,00 milhões*

Mapa 1: Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde. BRASIL – AGOSTO 2011



CAPÍTULO 2

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA

2.1 Conceito de Câncer

O câncer é o conjunto de mais de cem doenças que possuem como consequência alterações moleculares, em que conferem à célula modificações em seu comportamento e resultam em alterações na fisiologia celular. Assim sendo, ocorre um crescimento desordenado de células que, por sua vez, invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Estas células possuem localizações e aspectos clínico-patológicos múltiplos e podem ser detectadas em vários estágios de evolução histopatológica e clínica, e, não geram sintomas ou sinais patognômicos (INCA, 2011).

As causas do câncer são diversas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas estão relacionadas ao meio externo (costumes socioculturais) e as internas (geneticamente pré-determinadas), à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais (INCA, 2011).

De acordo com o INCA (2011), 80% a 90% dos cânceres estão associados a fatores ambientais. Alguns são bem conhecidos, como o consumo de cigarro (câncer de pulmão), exposição excessiva ao sol (câncer de pele). Por outro lado, muitos são ainda completamente desconhecidos. Os fatores de risco ambientais de câncer são denominados cancerígenos ou carcinógenos, esses fatores atuam alterando a estrutura genética (DNA) das células.

Historicamente, a presença do câncer na humanidade já é conhecida há milênios. No entanto, há registros que designam que a causa das mortes como câncer passaram a existir na Europa apenas a partir do século XVIII. Desde então, observou-se o aumento constante nas taxas de mortalidade por câncer, que parecem acentuar-se após o século XIX, com a chegada da industrialização.

A mais antiga evidência de câncer remonta a 8.000 a.C. O tipo mais comum de neoplasia encontrada em fósseis, e ainda assim raramente, é o osteossarcoma, um tipo de câncer ósseo. As primeiras descrições de tumores foram encontradas em papiros do Egito, e datam de 1.600 a.C. Existem também documentos na Índia, de 600 a.C., que descrevem lesões na cavidade bucal parecidas com câncer. O que fundamenta a teoria é que, por estudos arqueológicos, sabe-se que aquela população consumia

sementes que são cancerígenas, mesmo assim ainda precisam de muitos estudos para serem comprovadas essas teorias. (EGGERS, 2002, online)

Conforme Eggers (2002), Hipócrates, um grego, que cunhou a palavra "câncer". O "pai da medicina", como é conhecido, viveu entre 460 e 370 a.C. e usou os termos "carcinomas" e "carcinoma" para descrever certos tipos de tumores. Em grego, querem dizer "caranguejo", pelo aspecto do tumor, as projeções e vasos sanguíneos ao seu redor fazem lembrar as patas do crustáceo. Alguns séculos depois, entre 130 e 200 D.C. Galeno, um médico romano, considerado a maior autoridade na área por, ao menos, mil anos, foi referência no tratamento do câncer. Foi Galeno quem determinou que a doença fosse incurável e que, uma vez diagnosticada, havia pouco a fazer.

A medicina só começou a ter avanços significativos na Renascença, no século XV, quando floresceram por todos os lados cientistas e artistas, especialmente na Itália. Michelangelo, um desses artistas, teria retratado em sua famosa escultura "A Noite" (*La Notte*), uma mulher com câncer de mama. A teoria baseia-se no aspecto disforme de seu seio, considerando a habilidade do escultor, não foi casual (EGGERS, 2002)

Em 1906, houve a Primeira Conferência Internacional contra o Câncer, em Paris. Quatro anos mais tarde, uma segunda conferência ocorreu na Bélgica, realizando-se, em 1923, o primeiro Congresso Internacional do Câncer em Estrasburgo. As resoluções desses certames normalmente apontavam para a necessidade de ampliação das pesquisas e para a criação de instituições específicas para o tratamento dos acometidos, incentivando o surgimento de novas iniciativas em relação à doença (INCA, 2011).

As primeiras instituições de incentivo à pesquisa datam do início do século XX. Ainda em 1900, foi organizado o *German Central Committee for Cancer Research* na Alemanha. Dois anos mais tarde, surgiu na Inglaterra o *Imperial Cancer Research Fund*. Em 1906, como consequência da Primeira Conferência Internacional contra o Câncer, foi criada a *Association Française pour l'étude du Cancer*, no ano seguinte a *American Association for Cancer Research*. Nesse período começaram a emergir, nos Estados Unidos e na Suécia, os primeiros centros de radioterapia que conjugavam pesquisas experimentais com tratamento médico. O mais notório dentre eles foi fundado em Paris, pela própria Marie Curie, sob as expensas do governo

francês, como uma divisão do Instituto Pasteur voltada à pesquisa biomédica e ao atendimento hospitalar (INCA, 2011).

Sob o ponto de vista da “*medicina organicista*”, o câncer é definido como um grupo de doenças que se caracteriza pela perda do controle da divisão celular e pela capacidade de invadir outras estruturas orgânicas (FERREIRA, 2011).

Um tumor pode ser considerado benigno ou maligno, pois a palavra tumor corresponde ao aumento de volume observado numa parte qualquer do corpo. Quando o tumor se dá por crescimento do número de células, ele é chamado neoplasia (benigna ou maligna) (FERREIRA, 2011).

No caso do câncer, a neoplasia é maligna quando invade os tecidos vizinhos e/ou desenvolve metástases. Por outro lado, a neoplasia benigna tem seu crescimento de forma organizada e lenta, e o tumor apresenta limites bem nítido. Quando o processo neoplásico se instala, a célula-mãe transmite às células filhas a característica neoplásica. Isso quer dizer que no início de todo o processo está uma alteração no DNA de uma célula. Esta alteração no DNA pode ser causada por vários fatores: fenômenos químicos, físicos ou biológicos (FERREIRA, 2011).

Quase todos os cânceres são causados por anomalias no material genético de células transformadas. Estas anomalias podem ser resultado dos efeitos de carcinógenos, como o tabagismo, radiação, substâncias químicas ou agentes infecciosos. Outros tipos de anormalidades genéticas podem ser adquiridas através de erros na replicação do DNA, ou são herdadas, e conseqüentemente presente em todas as células ao nascimento. As interações complexas entre carcinógenos e o genoma hospedeiro podem explicar porque somente alguns desenvolvem câncer após a exposição a um carcinógeno conhecido. Novos aspectos da genética da patogênese do câncer, como a metilação do DNA e os microRNAs estão cada vez mais sendo reconhecidos como importantes para o processo (OTTO, 2008).

O tratamento do câncer pode ser feito pela cirurgia, radioterapia, quimioterapia e imunoterapia, utilizadas de forma isolada ou combinada, dependendo do tipo celular do órgão de origem e do grau de invasão do tumor. Além disso, o tratamento do câncer também requer uma estrutura médico-hospitalar e recursos humanos qualificados, integrando equipes multiprofissionais (INCA, 2011).

É de suma importância salientar que o desenvolvimento da radioterapia se deu com a descoberta do rádio pelo casal Pierre e Marie Curie (casal de físicos franceses), em 1898, trouxe novos avanços ao tratamento do câncer. Marie Curie e

Antoine Becquerel (Engenheiro e Professor de Física), seu orientador, foram os primeiros a sugerir seu uso médico. A partir de 1904, os médicos começaram a experimentá-lo contra as mais variadas doenças, e principalmente o câncer.

2.2 Política Nacional de Atenção Oncológica

No Brasil, a abordagem do câncer como problema sanitário a ser enfrentado pelo Estado se deu somente do século XX, pela atuação de pesquisadores da área como Mario Kroeff, Eduardo Rabello e Sérgio Barros de Azevedo (PARADA et al., 2008).

Ocorreu, então, durante as primeiras décadas do século XX, uma verdadeira tomada de consciência dos médicos brasileiros em relação ao câncer, o que engendrou o surgimento das primeiras iniciativas para incluí-lo na agenda da saúde pública nacional.

O reconhecimento da importância da doença se relacionou muito mais ao contato de um grupo de profissionais com as discussões sobre a doença ocorridas em congressos internacionais do que à expressão epidemiológica e se formalizou nos debates ocorridos nas academias e periódicos médicos. Em relação às iniciativas diante da doença, destacam-se a inclusão de medidas para a sua prevenção no âmbito da Inspetoria da Lepra e Doenças Venéreas, criada por uma reforma sanitária ocorrida em 1920; a criação do primeiro hospital especializado no tratamento radiológico do câncer em Belo Horizonte, em 1922; e a criação do Centro de Cancerologia do Distrito Federal, em 1937, pelo cirurgião Mario Kroeff. (TEIXEIRA, 2009, p. 377)

Não obstante, o alicerce do que viria a ser a política nacional de controle da doença só foi erigido a partir de 1941, ano em que uma reforma do então Ministério da Educação e Saúde instituiu serviços verticalizados, de caráter nacional, direcionados às doenças consideradas como barreira ao desenvolvimento nacional. Entre os 16 serviços criados nesse momento, um destinava-se ao câncer (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012, p. 377).

A criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC) se relaciona ao intenso trabalho do médico gaúcho Mario Kroeff, que tirou proveito da sua proximidade com o poder durante o governo getulista e pôs em marcha um incansável trabalho de conscientização das elites políticas e econômicas sobre a importância epidemiológica da doença e a necessidade de seu controle. Como cirurgião especializado em câncer, ele criara no Distrito Federal o Centro de Cancerologia, pequeno hospital especializado no tratamento da doença que viria a se transformar no INCA. Além disso, Kroeff protagonizou a criação do SNC e foi seu primeiro diretor.

O SNC tinha como principais funções: a elaboração de estudos epidemiológicos para a prevenção do câncer e o auxílio financeiro e técnico às unidades locais de tratamento.

O Serviço era composto pelo Instituto de Câncer do Distrito Federal (antigo Instituto de Cancerologia) — responsável pelo atendimento aos cancerosos, pelas pesquisas relacionadas à doença e pelo ensino da cancerologia — e pela Seção de Organização e Controle, responsável pela busca de normatização das ações contra o câncer e pela estruturação da rede de instituições locais direcionadas à doença. Embora o SNC tenha tido um pequeno raio de ação em seus primeiros anos, progressivamente a ele se incorporaram diversos hospitais filantrópicos, unidades mantidas por governos estaduais e entidades civis (ligas) de apoio à criação de novas instituições. Esse conjunto viria a compor uma rede denominada Campanha Nacional de Combate ao Câncer, embrião da ação nacional contra a doença (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012, p. 377).

Nesse contexto, a política de controle do câncer continuaria atendendo as necessidades nacionais, tanto no campo da prevenção como no do tratamento. No que atina ao primeiro aspecto, as campanhas educativas começaram a ser organizadas nas cidades do Rio de Janeiro (então capital federal) e de São Paulo, a partir do final da década de 1940.

Apesar de seu caráter inovador e do grande interesse popular que geravam, eram geograficamente restritas, deixando a maior parte do país distante de informações sobre a doença. No que tange ao tratamento, o problema da falta de leitos permanecia em decorrência da inexistência de planejamento que garantisse o acesso dos pacientes nas regiões onde as necessidades eram maiores. Os hospitais dedicados aos cancerosos se estabeleciam em função das possibilidades ou dos interesses das instituições privadas — filantrópicas ou não —, que se vinculavam ao SNC para obter auxílio para tratamento gratuito de cancerosos (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012, p. 377).

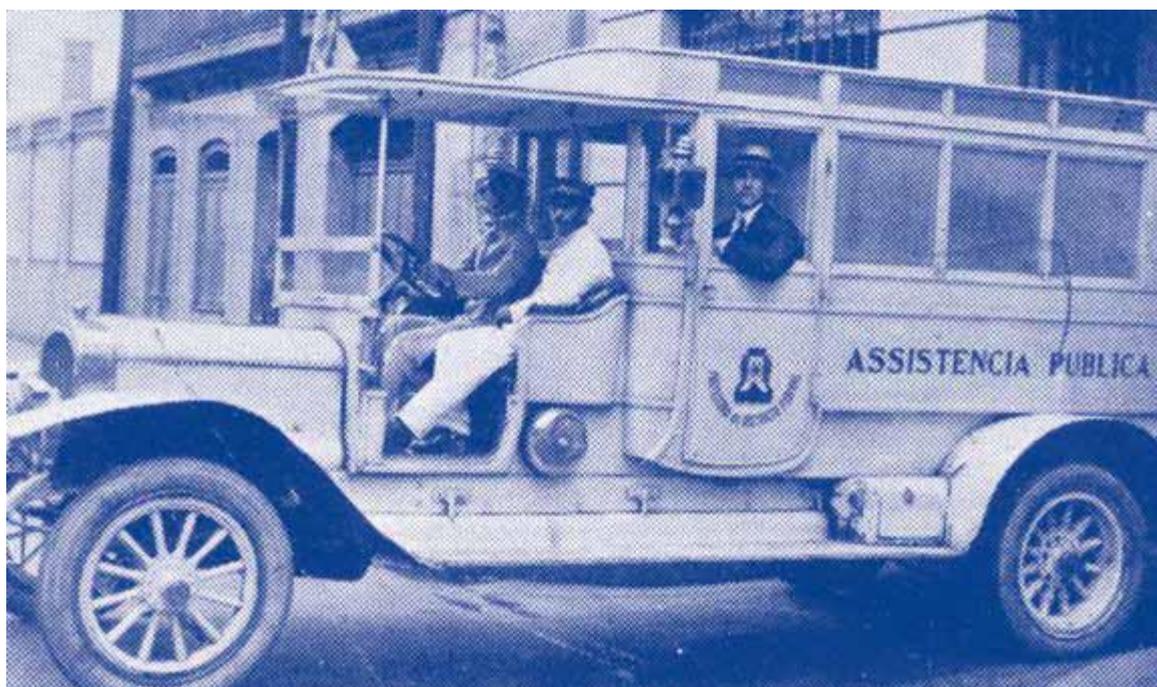
Para Teixeira e Fonseca (2007), pesquisadores analisaram o desenvolvimento da saúde pública no País e estes apontaram a singularidade de São Paulo nesse processo, evidenciando que, durante a República Velha, esse estado abstraiu da ajuda federal em relação à saúde, procurando pôr em prática um projeto autônomo para essa área.

No que tange ao câncer, não seria distinto. Em 1934, o Prof. Dr. Antonio Cândido de Camargo, da Faculdade de Medicina da USP, lançou a semente da Associação Paulista de Combate ao Câncer. Antônio Prudente, jovem e renomado cirurgião, discípulo de A. C. Camargo, trazia consigo a ideia de fundar um hospital

para tratar o câncer. Em 1946, a jornalista Carmen Prudente, já então casada com Antônio, cria a Rede Feminina de Combate ao Câncer e envolve boa parcela da população de São Paulo em torno da construção do hospital. No dia 23 de abril de 1953 entrava em funcionamento o Instituto Central – Hospital A. C. Camargo. Era o 1º Hospital de São Paulo erguido pela população e voltado para ela, sem distinções (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Vale ressaltar aqui que Antonio Prudente, foi por duas vezes diretor do Serviço Nacional de Câncer do Ministério da Saúde. Ele faleceu em 17 de setembro de 1965, na cidade do Rio de Janeiro.

Figura 1: Mario Kroeff na ambulância do pronto-socorro, como interno em 1915



Fonte: TEIXEIRA; FONSECA, 2007, p. 58.

O I Congresso Brasileiro de Câncer realizou-se no Rio de Janeiro, em novembro de 1935, sendo uma iniciativa da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro como comemoração ao seu cinquentenário. O diretor da instituição, Maurity Santos, procurou organizá-lo de forma a dar-lhe um caráter oficial e garantir o comprometimento das principais autoridades relacionadas ao setor saúde com o problema do câncer. Assim convidou para a sua presidência de honra o ministro da Educação e Saúde Pública, Gustavo Capanema, o prefeito do Distrito Federal,

Pedro Ernesto e o filantropo Guilherme Guinle, que naquele momento ultimava esforços na tentativa de erguer o projeto do hospital do câncer da Fundação Oswaldo Cruz.

O evento tinha como um dos principais objetivos chamar a atenção das autoridades públicas para o projeto do Hospital do Câncer da Fundação Oswaldo Cruz, que estava em vias de naufragar em meio a dificuldades financeiras. Já no discurso de abertura do evento, o ministro Gustavo Capanema informava o interesse do Governo em apoiá-lo e tirava aplausos do plenário afirmando que em breve despenderia verbas para a sua finalização. O outro objetivo era potencializar a ação da saúde pública em relação ao câncer. Para tanto, o Congresso dedicou a sua primeira seção aos aspectos sociais da doença, convidando como um dos oradores oficiais o diretor do Departamento de Saúde do Ministério da Educação e Saúde Pública, o sanitarista João de Barros Barreto. Ao lado de Jansen de Mello, que dissertou sobre a mortalidade de câncer no País, Barros Barreto apresentou uma conferência chamada “Projeto de Luta Anticancerosa no Brasil” na qual expôs as diretrizes da saúde pública em relação ao câncer (TEIXEIRA; FONSECA, 2007, p. 48).

O Brasil foi sede do VI Congresso Internacional de Câncer, em São Paulo, em 1954, sendo este organizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC). Neste evento foi destacado o câncer como problema de saúde pública e o conceito de controle como “[...] meios práticos aplicados às coletividades ou aos indivíduos, capazes de influenciar a mortalidade por câncer” (PARADA et al, 2008) construído através da prevenção, educação, diagnóstico e tratamento.

Em 1957, foi inaugurado o hospital-instituto (atual INCA), no Rio de Janeiro, que passou a ser sede do Serviço Nacional de Câncer (SNC). A partir de então, esforços de unificação das ações de controle do câncer resultaram, em 1967, na institucionalização da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (BRASIL, 2006e).

Na década de 70 houve um retrocesso nas políticas de controle do câncer. Foi criado, nos anos 80, o Programa de Oncologia (Pro-Onco), com o objetivo de retomar o controle da doença. A partir da década de 90, com o processo de estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), coube ao INCA o papel de agente diretivo das políticas de controle do câncer no país. Em 1998, surgiu o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (*Viva Mulher*) e, em 2000, as primeiras iniciativas para o controle do câncer de mama, consolidadas com as diretrizes técnicas nesta área (BRASIL, 2004b).

No final de 2005 foi lançada a Portaria 2439/GM (BRASIL, 2005) que estabeleceu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO). Esta Política

estabelece diretrizes para o controle do câncer no Brasil desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos.

Esta Portaria propõe e orienta a organização da Rede de Atenção Oncológica nos Estados, é uma estratégia de articulação institucional voltada para superar a fragmentação das ações e garantir maior efetividade e eficiência no controle do câncer. Ela prevê o conjunto de ações necessárias para a atenção integral ao câncer: “Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.” (BRASIL, 2005).

Dentre seus componentes estacam-se:

Vigilância em saúde (ênfase no controle do tabagismo, promoção da alimentação saudável e da atividade física, preservação do meio ambiente e segurança ocupacional), em articulação com a política nacional de promoção da saúde; ampliação da cobertura com assistência qualificada conforme os princípios de universalidade, integralidade e humanização; definição de parâmetros técnicos para avaliação, controle e regulação dos serviços; educação permanente dos profissionais; fortalecimento dos sistemas de informação; avaliação tecnológica e incentivo à pesquisa (PARADA et al, 2008, p. 201).

As proposições desta Política estão em harmonia com a proposta do SUS de constituição de um modelo assistencial, sendo voltado para a melhoria da qualidade de vida, por intermédio do investimento na promoção, proteção e recuperação da saúde.

A Política Nacional de Atenção Oncológica, incorporada pela Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009, define, para o país, abrangente controle do câncer, e considera vários componentes, desde as ações voltadas à prevenção até a assistência de alta complexidade, integradas em redes de atenção oncológica, com o objetivo de reduzir a incidência e a mortalidade por câncer.

Segundo recente relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC) OMS (*World Cancer Report 2008*), o impacto global do câncer mais que dobrou em 30 anos. Estimou-se que, no ano de 2008, ocorreriam cerca de 12 milhões de casos novos de câncer e 7 milhões de óbitos. O contínuo crescimento populacional, bem como seu envelhecimento, afetará de forma significativa o impacto do câncer no mundo. Esse impacto recairá principalmente sobre os países de médio e baixo desenvolvimento. A IARC/OMS estimou que, em 2008, metade

dos casos novos e cerca de dois terços dos óbitos por câncer ocorrerão nessas localidades (INCA, 2009)

Em 2008, a IARC/OMS,

Estimou que ocorreriam 12,4 milhões de casos novos e 7,6 milhões de óbitos por câncer no mundo. Destes, os mais incidentes foram o câncer de pulmão (1,52 milhões de casos novos), mama (1,29 milhões) e cólon e reto (1,15 milhões). Devido ao mau prognóstico, o câncer de pulmão foi a principal causa de morte (1,31 milhões), seguido pelo câncer de estômago (780 mil óbitos) e pelo câncer de fígado (699 mil óbitos). Para América do Sul, Central e Caribe, estimou-se em 2008 cerca de um milhão de casos novos de câncer e 589 mil óbitos. Em homens, o mais comum foi o câncer de próstata, seguido por pulmão, estômago e cólon e reto. Nas mulheres, o mais freqüente foi o câncer de mama, seguido do colo do útero, cólon e reto, estômago e pulmão (*World Cancer Report 2008* – INCA, 2009, online).

Importante causa de doença e morte no Brasil, desde 2003, as neoplasias malignas constituem-se a segunda causa de morte na população. As estimativas, para o ano de 2010, serão válidas também para o ano de 2011, e apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, serão os cânceres de próstata e de pulmão no sexo masculino e os cânceres de mama e do colo do útero no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada para a América Latina (INCA, 2009).

Em 2010, são esperados 236.240 casos novos para o sexo masculino e 253.030 para sexo feminino. Estima-se que o câncer de pele do tipo não melanoma (114 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (52 mil), mama feminina (49 mil), cólon e reto (28 mil), pulmão (28 mil), estômago (21 mil) e colo do útero (18 mil) (tabela 1) (INCA, 2009).

A distribuição dos casos novos de câncer segundo localização primária mostra-se heterogênea entre Estados e capitais do país; o que fica em evidência ao observar-se a representação espacial das diferentes taxas brutas de incidência. As regiões Sul e Sudeste, de maneira geral, apresentam as maiores taxas, enquanto que as regiões Norte e Nordeste mostram as menores taxas. As taxas da região Centro-Oeste apresentam um padrão intermediário (tabela 2) (INCA, 2009).

Compreender e controlar as doenças malignas exige uma gestão competente e o melhor uso dos recursos disponíveis para o planejamento, execução e avaliação das estratégias de controle da doença. A prevenção e o controle de câncer estão

entre os mais importantes desafios, científicos e de saúde pública, da nossa época (INCA, 2009).

Ressaltamos a grande necessidade de continuidade em investimentos no desenvolvimento de ações abrangentes para o controle do câncer, nos diferentes níveis de atuação: promoção da saúde, detecção precoce, assistência aos pacientes, vigilância, formação de recursos humanos, comunicação e mobilização social, pesquisa e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

A promoção em saúde propõe que

[...] as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer, aquelas que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham (BRASIL, 2006d, p. 11).

As ações de detecção precoce e de prevenção podem ser oferecidas em qualquer nível de atenção à saúde. Por uma questão de custo-benefício e pela maior proximidade com a população, recomenda-se que essas ações se concentrem na atenção básica / primária. É neste nível que os métodos de rastreamento devem ser disponibilizados e fazer parte da rotina de atenção à saúde, o acesso aos exames deve se apresentar de maneira mais prática e acessível possível, mediante planejamento adequado e organização do serviço (PARADA et al., 2008).

Para que estas estratégias de controle e atenção básica/primaria se integrem e produzam resultados significativos, é precípuo que os profissionais de saúde, assim como os gestores, tenham ciência do seu papel e atuem com responsabilidade e sensibilidade em cada etapa das ações. Portanto, a participação dos diversos atores e o engajamento efetivo na produção social da saúde e na qualificação da rede assistencial é uma condição *sine qua non* para que se possa começar a alterar a história do controle do câncer no Brasil.

Figura 2: Foto do Instituto Nacional do Câncer

Fonte: SANTA BÁRBARA ENGENHARIA, online.

Tabela 1: Estimativa para o ano 2010 de números de casos novos por câncer, em homens e mulheres, segundo localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa de Casos Novos		
	Masculino	Feminino	Total
Próstata	52.350	-	52.350
Mama Feminina	-	49.240	49.240
Traquéia, Brônquio e Pulmão	17.800	9.830	27.630
Cólon e Reto	13.310	14.800	28.110
Estômago	13.820	7.680	21.500
Colo do Útero	-	18.430	18.430
Cavidade Oral	10.330	3.790	14.120
Esôfago	7.890	2.740	10.630
Leucemias	5.240	4.340	9.580
Pele Melanoma	2.960	2.970	5.930
Outras Localizações	59.130	78.770	137.900
Subtotal	182.830	195.590	375.420
Pele não Melanoma	53.410	60.440	113.850
Total as Neoplasias	236.240	253.030	489.270

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10
Fonte: Instituto Nacional do Câncer – INCA/MS 2009

Tabela 2: Estimativas para o ano 2010 de número de casos novos de câncer, por Estado*

Estado	Total de Neoplasias
Acre	700
Alagoas	3.770
Amapá	690
Amazonas	4.780
Bahia	20.780
Ceará	18.150
Distrito Federal	5.930
Espírito Santo	9.340
Goiás	12.520
Maranhão	5.930
Mato Grosso	5.560
Mato Grosso do Sul	6.330
Minas Gerais	46.630
Pará	7.720
Paraíba	6.530
Paraná	34.420
Pernambuco	19.670
Piauí	4.640
Rio de Janeiro	55.950
Rio Grande do Norte	6.270
Rio Grande do Sul	48.930
Rondônia	2.460
Roraima	630
Santa Catarina	19.130
São Paulo	136.060
Sergipe	3.610
Tocantins	2.140
Brasil	489.270

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10
 Fonte: Instituto Nacional do Câncer – INCA/MS 2009

Tabela 3: Estimativa para o ano de 2010 – Região Sudeste

Todas as neoplasias	Estimativa Casos Novos	
	Estado	Capital
Homens	119.730	37.070
Mulheres	128.250	44.910

Fonte: Instituto Nacional do Câncer – INCA/MS 2009

Tabela 4: Estimativa para o ano de 2010 – Minas Gerais e Belo Horizonte

Todas as neoplasias	Estimativa Casos Novos	
	Estado	Capital
Homens	22.840	293.51
Mulheres	23.790	4.330

Fonte: Instituto Nacional do Câncer – INCA/MS 2009

Tabela 5: Estimativas para o ano de 2012 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos por câncer, segundo sexo e localização primária

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estados		Capitais		Estados		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	60.180	62,54	15.660	75,26	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	52.680	52,50	18.160	78,02
Colo do Útero	-	-	-	-	17.540	17,49	5.050	21,72
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.210	17,90	4.520	21,85	10.110	10,08	3.060	13,31
Cólon e Reto	14.180	14,75	4.860	23,24	15.960	15,94	5.850	25,27
Estômago	12.670	13,20	3.200	15,34	7.420	7,42	2.170	9,47
Cavidade Oral	9.990	10,41	2.760	13,34	4.180	4,18	1.130	4,92
Laringe	6.110	6,31	1.540	7,56	-	-	-	-
Bexiga	6.210	6,49	1.900	9,28	2.690	2,71	880	3,72

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estados		Capitais		Estados		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Esôfago	7.770	8,10	1.500	7,26	2.650	2,67	520	2,27
Ovário	-	-	-	-	6.190	6,17	2.220	9,53
Linfoma não Hodgkin	5.190	5,40	1.560	7,66	4.450	4,44	1.560	6,85
Glândula Tireoide	-	-	-	-	10.590	10,59	3.490	14,97
Sistema Nervoso Central	4.820	5,02	1.190	5,82	4.450	4,46	1.200	5,23
Leucemias	4.570	4,76	1.180	5,81	3.940	3,94	1.180	5,02
Corpo do Útero	-	-	-	-	4.520	4,53	1.700	7,39
Pele Melanoma	3.170	3,29	810	4,05	3.060	3,09	790	3,46
Outras Localizações	43.120	44,80	11.100	53,33	38.720	38,61	10.320	44,50
Subtotal	195.190	202,85	51.780	248,60	189.150	188,58	59.280	254,86
Pele não Melanoma	62.680	65,17	14.620	70,39	71.490	71,30	15.900	68,36
Todas as Neoplasias	257.870	267,99	66.400	318,79	260.640	259,86	75.180	323,22

Fonte: Instituto Nacional do Câncer – INCA/MS 2009

CAPÍTULO 3
A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA

3.1 Objeto e objetivos

Determinamos como objeto deste estudo um esforço intelectual para expor e sistematizar a saúde pública na cidade Passos/MG em sua relação com a detecção e prevenção do câncer. Elegemos as ESF's como lócus de nosso estudo em função do fato de que é a principal porta de entrada do sistema de saúde. Inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, garantindo sua integralidade. Consideramos que a Atenção básica:

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011, p. 6).

Para tanto, desenvolvemos este estudo tendo como objetivo principal:

- Analisar o papel das Políticas Públicas de Saúde na prevenção e detecção do câncer, apontando os entraves na atenção básica, visando à construção de estratégias adequadas às exigências advindas do cenário da saúde.

E como objetivos específicos:

- Realizar um estudo bibliográfico sobre a trajetória das políticas públicas de saúde até os dias atuais;
- Realizar um estudo bibliográfico da Política de Atenção Oncológica para que assim se possam conhecer as estratégias atuais;
- Realizar estudo sobre a atenção Básica na Saúde no Brasil e no município de Passos;
- Analisar a saúde pública e o atendimento na detecção precoce e prevenção do câncer na cidade Passos;
- Analisar o atendimento na detecção precoce e na prevenção do câncer no município de Passos;
- Análise crítica dos problemas ocorridos na detecção e prevenção do câncer no Brasil e na cidade de Passos, apontando estratégias para resolvê-los;

- Sugerir estratégias que possam ser desempenhadas pelo Saúde da Família neste contexto de prevenção.

Partimos do pressuposto de que a prevenção e o controle de câncer estão entre os mais importantes desafios, científicos e de saúde pública, da nossa época. É fundamental que os profissionais de saúde e gestores conheçam bem o seu papel e atuem com responsabilidade e sensibilidade na efetivação da promoção da saúde.

3.2 Universo da pesquisa

Barros e Lehfeld (2000, p. 86) expõem que “[...] o universo da pesquisa significa o conjunto, a totalidade de elementos que possuem determinadas características, definidas para um estudo” e determinam que “[...] a amostra é um subconjunto representativo do conjunto da população.”

O universo da pesquisa é constituído pela cidade de Passos, município de Minas Gerais, polo macro de 24 municípios. Tendo como contexto o funcionamento o Hospital Regional do Câncer.

3.2.1 Um pouco sobre Minas Gerais

O Estado de Minas Gerais é uma das 27 unidades federativas do Brasil, sendo a quarta maior em extensão territorial — que é de 586.528 km², superior à da França metropolitana — e a segunda em população. Localizado na Região Sudeste do Brasil e limitado ao sul e sudoeste com São Paulo, a oeste com o Mato Grosso do Sul e a noroeste com Goiás, incluindo uma pequena divisa com o Distrito Federal, a leste com o Espírito Santo, a sudeste com o Rio de Janeiro e a norte e nordeste com a Bahia. O atual governador do estado é Antônio Anastasia. Linguisticamente, o nome Minas Gerais dentro de frases não é acompanhado de artigo definido, como acontece com os estados de Goiás, de Roraima e de Mato Grosso do Sul.

O estado é o segundo mais populoso do Brasil, com quase 20 milhões de habitantes, que se distribuem por 853 municípios, sendo a unidade da federação brasileira com o maior número de municípios. Os municípios mineiros representam 51,2% dos existentes na região Sudeste e 15,5% dos existentes no Brasil. O estado possui 13.175.268 eleitores, o segundo maior colégio eleitoral do país, superado

apenas por São Paulo. Sua capital e maior cidade, Belo Horizonte, reúne em sua região metropolitana cerca de 5,5 milhões de habitantes, sendo, assim, a terceira maior aglomeração urbana do Brasil.

Mapa 2: Localização do Estado de Minas Gerais no Brasil



Fonte: MINAS GERAIS, online.

O estado de Minas Gerais é o terceiro estado mais rico da Federação, atrás de São Paulo e Rio de Janeiro, com um PIB de 282.522 bilhões de reais (IBGE/2008). A estrutura econômica do Estado apresenta um equilíbrio entre os setores industrial e de serviços, responsáveis respectivamente por 45,4% e 46,3% do PIB de Minas Gerais, enquanto a agropecuária contribui com apenas 8,3%.

O estado possui o segundo maior parque industrial do país, atrás apenas de São Paulo. Os principais tipos de indústrias que atuam no estado são extrativa (mineração), metalúrgica, automobilística, alimentícia, têxtil, construção civil, produtos químicos e minerais não-metálicos. As regiões em que a indústria

apresenta maior destaque são Central, Rio Doce (Leste), Zona da Mata, Sul e Triângulo.

Minas Gerais possui o terceiro maior Produto Interno Bruto do Brasil, superado apenas pelos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, embora em um importante indicador de capacidade econômica, a arrecadação de ICMS, Minas supere Rio de Janeiro na classificação nacional.

Minas Gerais se destaca como um dos principais polos nacionais da indústria da tecnologia em eletrônica e telecomunicações, exemplo disso é a cidade de Santa Rita do Sapucaí no sul de Minas que ficou conhecida como "Vale do Silício" brasileiro, por criar produtos de alta tecnologia e avanço na TV digital (Padrão Brasileiro). O estado de Minas Gerais contribui para o setor através da Fundação Centro Tecnológico de Minas Gerais (CETEC), é uma instituição pública que contribui para a evolução tecnológica, pela apropriação de conhecimento e pelo desenvolvimento e antecipação de soluções inovadoras, ambientalmente compatíveis, em prol das empresas mineiras.

Também é muito importante sob o aspecto histórico: cidades erguidas durante o ciclo do ouro no século XVIII consolidaram a colonização do interior do país e estão espalhadas por todo o estado. Alguns eventos marcantes da história brasileira, como a Inconfidência Mineira, a Revolução de 1930, o Golpe Militar de 1964 e a campanha pela abertura política em meados da década de 1980 mais conhecida como Diretas Já, foram arquitetados em Minas Gerais.

O estado de Minas Gerais está localizado entre os paralelos de 14°13'58' ' e 22°54'00' ' de latitude sul e os meridianos de 39°51'32' ' e 51°02'35' ' a oeste de Greenwich. As terras mineiras estão situadas num planalto cuja altitude varia de 100 a 1500 metros, possuindo um território inteiramente planáltico, não apresentando planícies. Mais da metade do estado localiza-se no Planalto Atlântico, com relevos de "mares de morros", enquanto que, na sua porção noroeste, o estado apresenta os platôs do Planalto Central (IBGE, 2002)

Os climas predominantes em Minas são o Tropical e o Tropical de Altitude. As regiões mais altas e o sul do estado apresentam as temperaturas mais baixas, chegando a atingir marcações próximas de 0°C. Nas regiões sul, sudeste, leste e central do estado são registrados os maiores índices pluviométricos. Em outro extremo, nas porções norte e nordeste, as chuvas escassas e as altas temperaturas tornam essas regiões muito suscetíveis à seca.

Minas Gerais abriga em seu território as nascentes de importantes rios brasileiros: São Francisco, Paraná, Atlântico Leste e Atlântico Sudeste. O estado encontra-se com 9,84% de seu território dentro do polígono das secas, segundo dados da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO).

O rio São Francisco é o principal rio de Minas Gerais e um dos mais importantes do Brasil. Nasce na Serra da Canastra e drena quase metade da área do estado, incluindo as regiões central, oeste, noroeste e norte.

A porção de Minas Gerais inserida na região hidrográfica do Paraná é a responsável pela maior parte da energia elétrica gerada no estado através de usinas hidrelétricas. O rio Grande e o rio Paranaíba, formadores do rio Paraná, nascem em Minas Gerais, e suas áreas de drenagem abrangem as regiões oeste e sul do estado.

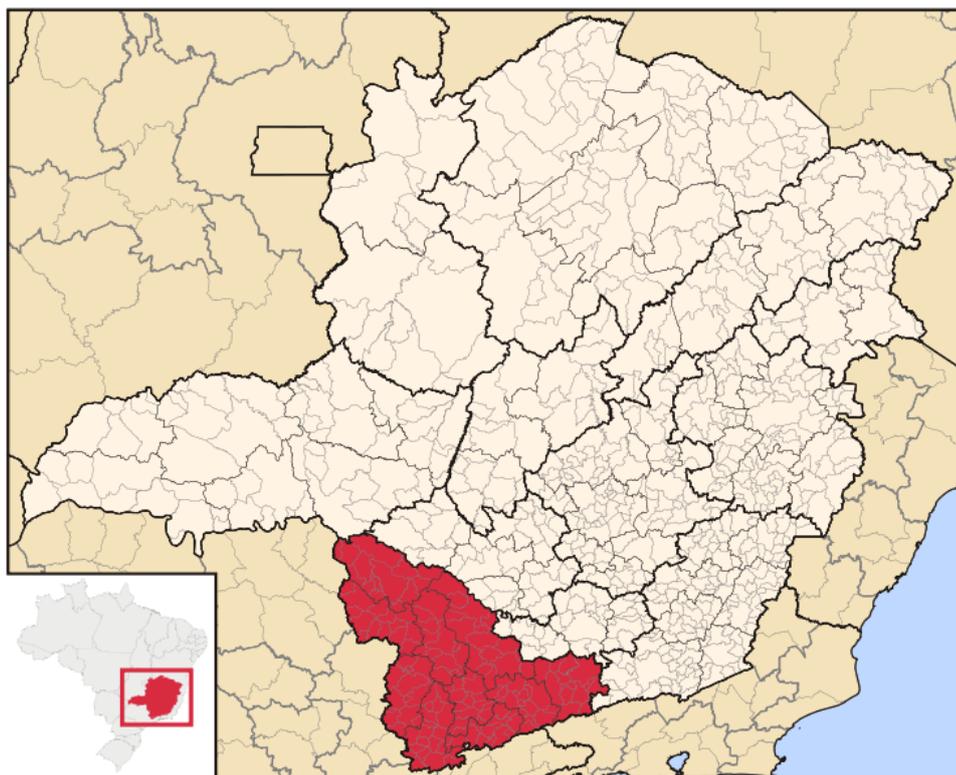
Na bacia do Rio Grande, no sul do estado, se formou o Lago de Furnas, também conhecido como mar de Minas devido a sua extensão. Cidades às margens do lago como Boa Esperança guardam muitas histórias e é um local de raríssima beleza. Além do lago, há inúmeras cachoeiras como a do Paredão na cidade de Guapé.

O governo estadual utiliza, desde 1985, uma segmentação territorial para fins administrativos, dividindo Minas Gerais em Regiões de Planejamento (RP) nem sempre coincidentes com as mesorregiões do IBGE. Diferentemente da divisão em mesorregiões do IBGE, as Regiões de Planejamento são em número de dez:

- RP Noroeste de Minas: formada pela Mesorregião do Noroeste de Minas
- RP Norte de Minas: formada pela Mesorregião do Norte de Minas
- RP Rio Doce: formada pela Mesorregião do Vale do Rio Doce
- RP Mata: formada pela Mesorregião da Zona da Mata
- RP Sul de Minas: formada pela Mesorregião do Sul e Sudoeste de Minas e pela Microrregião de Lavras
- RP Triângulo: formada pelas microrregiões de Frutal, Ituiutaba, Uberaba e Uberlândia
- RP Alto Paranaíba: formada pelas microrregiões de Araxá, Patos de Minas e Patrocínio
- RP Centro-Oeste de Minas: formada pela Mesorregião do Oeste de Minas e a Microrregião de Divinópolis

- RP Jequitinhonha/Mucuri: formada pela Mesorregião do Vale do Mucuri e pelas microrregiões de Almenara, Araçuaí, Capelinha e Pedra Azul
- RP Central: formada pela Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte e pelas microrregiões de Barbacena, São João del-Rei, Três Marias, Curvelo, Conselheiro Lafaiete e Diamantina

Mapa 3: Localização do RP Sul de Minas dentro do estado de Minas Gerais



Fonte: PASSOS, online.

O município de Passos, nosso universo da pesquisa, localiza-se na RP Sul de Minas, na mesorregião do Sul e Sudoeste de Minas. Em 2010, as estimativas do IBGE apontaram para Passos uma população de 106.313 habitantes (IBGE, 2010), distribuídos em uma área total de 1.339 km², o que a torna a quarta cidade mais populosa do sul de Minas.

3.2.2 Histórico de Passos/MG

O município de Passos, nosso universo da pesquisa, localiza-se na RP Sul de Minas, na mesorregião do Sul e Sudoeste de Minas. Em 2010, as estimativas do IBGE apontaram para Passos uma população de 106.313 habitantes (IBGE, 2010),

distribuídos em uma área total de 1.339 km², o que a torna a quarta cidade mais populosa do sul de Minas.

A formação de Passos inicia-se em meados do século XVIII, com as primeiras fazendas sendo implantadas entre 1780 e 1830, sendo que a Vila propriamente dita, inicia-se em 1848, sendo elevada à categoria de cidade no ano de 1858

Por volta de 1780, tendo morrido o pai, o jovem Padre José de Freitas e Silva fixou-se em Jacuí e implantou a Fazenda Bonsucesso, ao pé do morro de São Francisco, onde instalou a mãe viúva e outros familiares. Dona Faustina Maria das Neves, daí para frente, dirigiu os destinos da fazenda, de cuja colônia, junto às faisqueiras do Bonsucesso, se originou a cidade de Passos.

O primeiro nome do hoje importante município sul-mineiro foi Capoeiras, por estar, aquela época, situada a povoação dentro de uma densa capoeira. O segundo nome – Vila Formosa do Senhor Bom Jesus dos Passos – foi dado ao antigo arraial das Capoeiras em virtude de o alferes João Pimenta de Abreu, devoto do Senhor Bom Jesus dos Passos, haver erigido o primeiro templo nesta cidade, em cumprimento de uma promessa, tendo por orago aquele santo. Mais tarde o nome foi simplificado para Passos.

Os primeiros desbravadores da região foram os alferes João Pimenta de Abreu e seus parentes, os quais ali se fixaram, atraídos, sobretudo, pela topografia, fertilidade do solo e existência do ouro às margens do rio Grande. Em 1823, já era grande o povoado, quando Domingos Vieira de Souza e Joaquim Lopes da Silva construíram as suas fazendas, concorrendo, poderosamente, para a formação do arraial. Com o correr dos anos e a chegada de novos mineradores, o povoado se alargou, tornando-se conhecido em toda a província de Minas Gerais pelo nome de Arraial da Capoeira.

Pela provisão de 11 de dezembro de 1835 foi a primeira capela, ainda semiconstruída pelo alferes João Pimenta de Abreu com a colaboração do coronel José Caetano Machado, capitão Manoel Ferreira de Souza Brandão, Domingos de Souza Vieira e Joaquim Lopes Vieira (os dois últimos doadores dos terrenos para a formação do patrimônio do novo arraial), elevada a categoria de capela curada, que foi inaugurada em 20 de março de 1836, tendo por orago São Bom Jesus dos Passos.

Deve-se aos ingentes esforços do capelão de Passos, padre Francisco de Paula Trindade, a criação da freguesia do Senhor Bom Jesus dos Passos, pela provisão numero 184, de abril de 1840.

Crescendo vertiginosamente a freguesia do Senhor Bom Jesus dos Passos, mercê dos esforços de um pugilo de bravos pioneiros, destros tanto no manejo dos mosquetes, quanto no do arado, atraiu a atenção das autoridades da província e por força da Lei nº386, de 9 de outubro de 1848, foi a freguesia do Senhor Bom Jesus dos Passos, então florescente distrito de Jacuí, elevada à categoria de vila, com a denominação de “Vila Formosa do Senhor Bom Jesus dos Passos”, sendo-lhe anexadas, em virtude da mesma lei as freguesias de Ventania (hoje Alpinópolis) e Carmo do Rio Claro.

Instalando-se a vila de Passos em 7 de setembro de 1850, foi a Câmara Municipal formada pelos seguintes cidadãos: Presidente da Câmara – Tenente-coronel José Caetano Machado; Vereadores – Sargento-mor Manoel Lemos, padre Francisco José da Costa, Camilo Antônio Pereira de Carvalho, Fideles Rodrigues de Faria e Jerônimo Pereira de Melo (mais tarde Barão de Passos).

Continuando em franco progresso, a florescente vila foi elevada à categoria de cidade em virtude da Lei número 854, de 14 de maio de 1858, conservando a mesma denominação.

Figura 3: Em 1880 temos a mais antiga foto conhecida de Passos, nos tempos do Império



Fonte: GRILLO, 1998, p. 20.

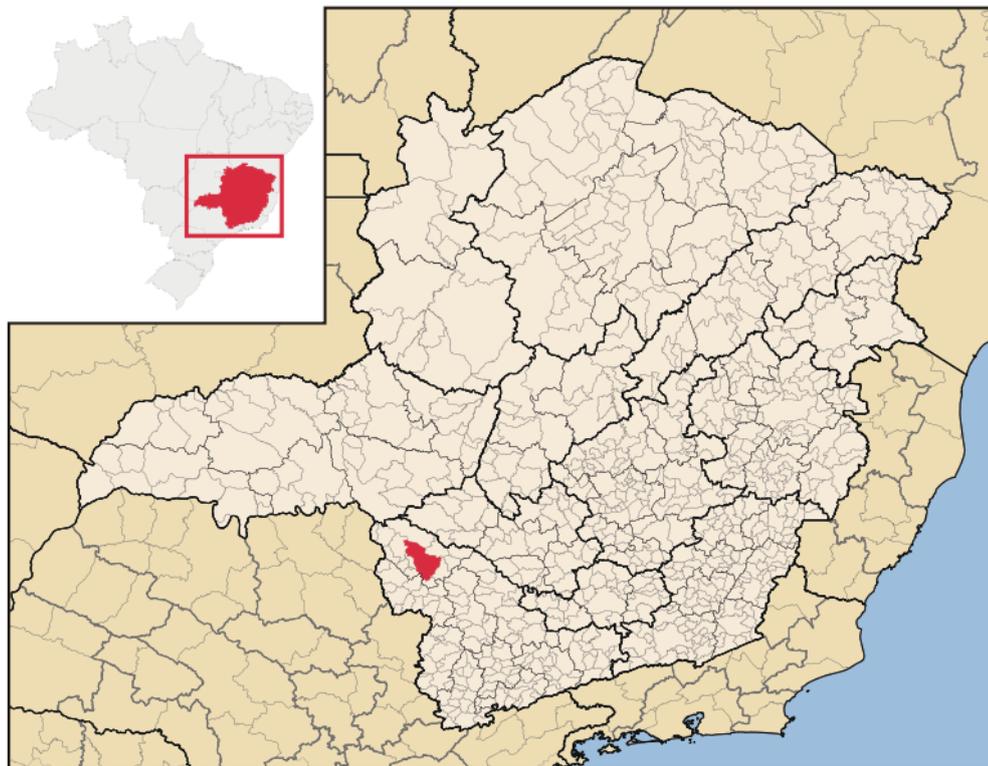
Paisagens planas, sendo ligeiramente onduladas em determinados locais, com áreas bem adequadas a agricultura e pecuária. Os pontos mais elevados situam-se a 1224m, no morro Bom Descanso e a 1125m no morro Garrafão.

Os solos são originários de rochas pré-cambrianas, cuja análise química mostra grande riqueza em minerais primários, com altos teores de potássio, o que transfere aos solos características de alta fertilidade.

O Município é rico em recursos hídricos, estando situado na bacia de Rio Grande, Rio São João, Ribeirão Conquista e Ribeirão Bocaina, maior manancial de abastecimento de água à população de Passos.

O clima de Passos é Tropical de Altitude, com temperatura média anual superior a 18°C e inverno seco. A precipitação média anual é de 1.709,4 mm.

Mapa 4: Localização do município de Passos no Estado de Minas



Fonte: PASSOS, online

Na área da educação, o município possui 15 (quinze) escolas estaduais, 14 (quatorze) escolas municipais, 6 (seis) escolas particulares, 4 (quatro) escolas de curso técnico e 1 fundação de ensino superior.

Quanto à religião, o município pertence à Diocese de Guaxupé. A cidade e zona rural esta dividida em 7 paróquias, sendo elas: Senhor Bom Jesus dos Passos, Nossa Senhora Aparecida, Nossa Senhora das Graças, Nossa Senhora de Fátima, Nossa Senhora da Penha, São Benedito e São Judas Tadeu. Em Passos também está o Mosteiro Carmelita São José, pertencente à Ordem das Carmelitas Descalças, aqui também foi fundada a primeira casa Rogacionista da América Latina, o Educandário Senhor Bom Jesus dos Passos, que iniciou atividades em 18 de Outubro de 1950, onde também funciona o Seminário Menor João Paulo I, fundado em 1980, Na cidade também funciona o Centro de Aprendizagem pró Menor de Passos (CAPP), que foi fundado pelos missionários da Congregação de Irmãos de São Gabriel, onde até hoje atuam na formação das crianças carentes passenses.

O município possui seis Igrejas Presbiterianas e duas Congregações, pertencentes ao Presbitério Vale do Rio Grande. Conta também com vários

ministérios das Igrejas Assembleia de Deus, possui ainda seis igrejas da Congregação Cristã no Brasil e três Salas de Oração, pertencentes à regional de Guaxupé. As igrejas são localizadas nos bairros: Aclimação, Embratel, Califórnia, Santa Terezinha, Penha e Carmelo. As salas de oração são nos bairros Santa Luzia, Casarão e Novo Horizonte.

Há ainda quatro igrejas Comunidade Evangélica Apostólica Sara Nossa Terra, reunindo aproximadamente mil membros. Além dessas, há diversas outras igrejas e comunidades protestantes.

Passos possui quatro lojas maçônicas regulares e também, o Capítulo "Jovens Unidos DeMolays de Passos", 461, da Ordem DeMolay, filiado ao Supremo Conselho da Ordem DeMolay para o Brasil.

Sua economia baseia-se principalmente no agronegócio, em pequenas indústrias de confecções e móveis, além de um forte setor de serviços, por ser um pólo regional.

Destaque para a agroindústria (açúcar, álcool, fermento, laticínios,); agropecuária (cana, café, milho, gado de corte e de leite, avicultura de corte e de postura, suinocultura); indústria confeccionista e de serviços. Atualmente a cidade está se destacando na indústria moveleira. A indústria mobiliária (móveis rústicos e finos) vem se destacando e ganhando expressão nacional pela sua qualidade de acabamento, design diferenciado e durabilidade. Comércio forte, infraestrutura de serviços institucionais e privados, aliados à tradicional hospitalidade mineira fazem do turismo de compras em Passos realmente um diferencial para quem visita a cidade.

A Avenida Com. Francisco Avelino Maia, conhecida também como Avenida da Moda, possui diversas empresas de confecção responsáveis por abastecer grandes centros comerciais como São Paulo, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, etc. além de diversas lojas de varejo. Da cidade saem grandes marcas como Talento, Nova D, Glemon, entre outras.

Exposições e mostras artísticas e fotográficas, lançamentos de livros fazem parte do intenso movimento cultural da cidade, que é dotada de excelente infraestrutura de espaços de pequeno, médio e grande porte elevam o nome de Passos como cidade dos eventos. Convenções, feiras e shows são regularmente realizados no município, tais como a EXPASS, com espetáculos musicais e leilões agropecuários.

Anualmente acontece também o Festival Selton Melo de Vídeo, promovido pela Faculdade de Comunicação Social de Passos, FESP/UEMG, quando são reunidos alunos de diversas escolas da cidade, os quais realizam produções audiovisuais para concorrerem entre si. Recebendo por diversas vezes, em seu encerramento, o ator e diretor passense Selton Melo.

Todo ano ocorre também o "Passos Motorcycles" no mês de Agosto e o "Festival Cultural Gastronômico Sabor de Passos", realizado de setembro a novembro. Concurso de petiscos entre bares, restaurantes e lanchonetes da cidade. Promovido pela Fundação de Ensino Superior de Passos (FESP/UEMG), já está na 5ª edição (2012).

Também anualmente, no mês de Maio, acontece a "Marcha Para Jesus" que é realizada no dia dos Evangélicos de Passos, sempre no primeiro sábado após o aniversário da cidade de Passos, sendo promovido pelo COMEP-MG (conselho de Ministros Evangélicos de Passos-MG) juntamente com as igrejas evangélicas local.

Apesar do Ritmo frenético do centro da cidade, Passos é muito famosa pelas boas festas, que incluem shows, bares, casas noturnas (boates). Nessas festas é possível conhecer toda a vitalidade do povo passense. Passos é conhecida na região pela hospitalidade do povo, além de toda uma cultura arraigada de muita festa e alegria. Além do lado agitado da cidade, pode-se, visitando a cidade, viajar no tempo, para uma época de sossego.

A cidade pode ser dividida em 4 diferentes zonas não oficiais:

Zona Oeste – Centro, São Benedito, Candeias, Jardim Continental, Muarama, Centenário, Santa Rita, Muarama II, Santa Helena, Santa Terezinha.

Zona Norte – Penha, Planalto, Alto dos Nobres, Maria Augusta, Jardim Satélite, Califórnia, Nova Califórnia, São Sebastião, Panorama, Santa Maria Gorete, Nossa Senhora de Lourdes, Jardim Helaine, Nossa Senhora de Fátima, Coimbras, Parque da Estação, Santa Casa, Cohab I, Cohab II, Cohab III, Cohab IV, Cohab V, Penha II, Primavera, Coração Eucarístico, Vila Betinho, Vila São José.

Zona Leste – Jd. Polivalente, Canjeranus, Santa Luzia, Recanto da Harmonia, Carmelo, Bela Vista e Bela Vista II.

Zona Sul – Casarão, Jardim Colégio de Passos, Novo Mundo I, Novo Mundo II, Novo Mundo III, Condomínio das Nações, Condomínio Vale Verde, Vila Rica, Serra das Brisas, Recanto Del Rei, Novo Horizonte (Patrimônio), Belo Horizonte, Nossa Senhora das Graças, Exposição, Nossa Senhora Aparecida, Vila Romana,

Jardim Itália, Jardim Canadá, Jardim Flamboyant, Aclimação, Recanto da Teka e Serra Verde.

A cidade possui dois Distritos Industriais, um na saída para São João Batista do Glória, e outro na entrada da cidade, próximo à Rodovia MG 050.

Figura 4: Foto atual do município de Passos/MG



Fonte: HOTEL CIDADE, online.

Na área da saúde, Passos é uma cidade com recursos para o tratamento de várias enfermidades, com 5 (cinco) hospitais completos:

- Hospital Santa Casa de Misericórdia de Passos;
- Hospital São José (Unimed);
- Hospital Regional do Câncer;
- Hospital Otto Krakauer;
- UPA - Unidade de Pronto Atendimento.

Conta ainda com:

- 11 (onze) ambulatórios;
- 17 (dezessete) equipes de ESF's;
- 2 (duas) equipes do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família);
- 1 (uma) unidade do CAPS I (Centros de Atenção Psicossocial);

- 1 (uma) unidade do CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas);
- 1 (um) Núcleo da ZOONOSE;
- 1 (uma) equipe de Vigilância Sanitária;
- 1 (uma) unidade do CEREST (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador);
- 1 (um) Centro Odontológico para atendimento do SUS;
- 1 (uma) Farmácia Básica, e várias Farmácias Populares;
- Hemonúcleo Regional de Passos (Fundação HEMOMINAS), com 30 servidores, a unidade atende 16 hospitais contratados - três como Agências Transfusionais, abrangendo uma microrregião com 30 municípios e uma população estimada de 500.000 habitantes.

O município possui várias clínicas de diagnóstico particulares, clínicas odontológicas, consultórios de diversas especialidades, entre outros. Futuramente a prefeitura estudará um projeto para implantação do Hospital da Mulher.

Encontra-se alocada em Passos a Superintendência Regional de Saúde (SRS) que atende os municípios:

Tabela 6: Tabela com municípios e população total atendidos pela SRS de Passos

Código	Nº	Município	População
310190	1	Alpinópolis	18.486
310760	2	Bom Jesus da Penha	3.941
311240	3	Capetinga	7.341
311280	4	Capitólio	7.858
311510	5	Cássia	17.572
311640	6	Claraval	4.437
312120	7	Delfinópolis	6.924
312340	8	Doresópolis	1.558
312630	9	Fortaleza de Minas	3.968
312810	10	Guapé	13.500

Código	Nº	Município	População
312970	11	Ibiraci	11.476
313290	12	Itamogi	11.181
313375	13	Itaú de Minas	15.123
313480	14	Jacuí	7.429
314320	15	Monte Santo de Minas	20.616
314790	16	Passos	106.735
315150	17	Piumhi	32.253
315290	18	Pratápolis	8.846
316220	19	São João Batista do Glória	7.117
316294	20	São José da Barra	6.999
316430	21	São Roque de Minas	6.308
316470	22	São Sebastião do Paraíso	64.250
316510	23	São Tomás de Aquino	7.100
317060	24	Vargem Bonita	2.148
		Total	393.166

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a, online.

A escolha da nossa investigação foi o município de Passos, sede da SRS que compreende 24 municípios da região Sul/Sudoeste de Minas Gerais. A análise deu-se a partir de 6 (seis) ESF's escolhidas a partir de dados estatísticos fornecidos pelo Hospital Regional do Câncer. Observamos na tabela abaixo o número de casos por bairro:

Tabela 7: Distribuição proporcional dos casos de câncer segundo Bairros de Passos

BAIRRO	Nº
CANDEIAS	1
CANJERANUS	8
CARMELO	7
CENTRO	107
COHAB I, II, III, IV	15

BAIRRO	Nº
COIMBRAS	12
ELDORADO	3
EMBRATEL	1
EXPOSIÇÃO	5
JARDIM ACLIMAÇÃO	12
JARDIM BELA VISTA	33
JARDIM BELO HORIZONTE	9
JARDIM CALIFORNIA	12
JARDIM CANADA	3
JARDIM CIDADE	1
JARDIM COLEGIO DE PASSOS	17
JARDIM DAS ESTRELAS	1
JARDIM ITALIA	4
JARDIM PLANALTO	4
JARDIM POLIVALENTE	6
JARDIM RECANTO DA HARMONIA	4
JARDIM SATELITE	8
JARDIM VILA RICA	3
JARDIM ALVORADA	1
JARDIM CONTINENTAL	1
JARDIM EMBRATEL	2
JARDIM EUROPA	1
JARDIM ITAMARATI	1
JARDIM MARIA AUGUSTA	1
JARDIM PANORAMA	4
JARDIM PRIMAVERA	4
JARDIM SANTA CLARA	1
JARDIM SANTA LUZIA	4
MOCOQUINHA	1
MUARAMA I, II	6
NOSSA SENHORA APARECIDA	10
NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	1
NOSSA SENHORA DE LOURDES	4
NOVA CALIFORNIA	3
NOVO HORIZONTE	5
NS. DAS GRAÇAS	3
NS. DE FATIMA	7

BAIRRO	Nº
PARQUE CASARAO	10
PARQUE DA ESTAÇÃO	4
PARQUE RESIDENCIAL ELDORADO	1
PENHA I, II	31
PRIMAVERA I, II	9
RECANTO DA HARMONIA	5
RECANTO DA TEKA	4
RESIDENCIAL MORUMBI	1
SANTA CASA	8
SANTA HELENA	1
SANTA LUZIA	22
SANTA TEREZINHA	4
SAO BENEDITO	4
SAO FRANCISCO	17
SERRA DAS BRISAS	2
SERRA VERDE	3
UMUARAMA	8
VILA HELENA	1
VILA MOSQUIOLI	1
VILA RICA	11
VILA ROMANA	1
ZONA RURAL	6
Total	490

Fonte: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS – 2010 até 2011 – Todas as idades

Os dados sobre o número de casos de câncer por bairro só foram possível serem filtrados a partir de 2010 devido à versão nova do programa do RHC.

3.2.3 Santa Casa de Misericórdia de Passos (SCMP)

Para falarmos sobre o Hospital Regional do Câncer (HRC) é necessário discorrermos brevemente sobre a história da SCMP.

A Santa Casa de Misericórdia de Passos tem sua história entrelaçada ao nome do Major Jerônimo Pereira de Mello e Souza. Jerônimo Pereira de Mello e Souza Não era de Passos. Ele veio de Lavras do Funil para Santa Rita de Cássia, onde residia antes de se mudar para Passos. Mas foi uma espécie de "passense de

adoção", pelo fato de ter se identificado com muitas coisas de nossa Vila. A construção da Igreja da Matriz e a Escola São José, que posteriormente se transformou no CIC, são algumas das obras que a cidade deve a ele. Era casado com D. Bárbara Peregrina de Cavalho Mello. Era ela, de fato, a verdadeira senhora de todas as riquezas, e as teria colocado a serviço social em nome do querido esposo.

Em 13 de julho de 1859 a Câmara de Passos tomou conhecimento da ocorrência do surto de "bexigas" da Freguesia de Carmo do Rio Claro, que pertencia a Passos. Portanto, a fundação da Santa Casa de Misericórdia de Passos está mergulhada na crise da epidemia de bexigas, ou "peste das cataporas" que assolou a região entre 1859 e 1863, tornou-se grave em 1862 e acabou gerando o pânico quando atingiu o centro da cidade. Aí, as lideranças da cidade se mobilizaram, para dotar a cidade de um hospital que, na verdade, teria a dimensão de hospital regional já pois nas redondezas não havia qualquer outra casa de saúde.

Em 16 de outubro de 1861 a Assembleia Provincial de Minas Gerais sancionou uma criando, assim, um Hospital de Caridade em Passos. A iniciativa era exatamente de Jerônimo Pereira de Mello e Souza que usou de sua influência para pressionar os Deputados Provinciais. A lei estabelecia condições em seu artigo 3º: "O dispositivo na presente Lei, só terá efeito, depois que o cidadão Jerônimo Pereira de Mello e Souza tiver realizado sua promessa de doar em edifício adotado aos fins da Instituição, e com os precisos móveis e utensílios no valor de doze contos de réis e bem assim dotar o estabelecimento com um fundo de oito contos de réis que serão postos a prêmio em benefício da Casa".

A Santa Casa foi instalada no sobrado residencial que ficava na rua das Flores, esquina do Beco do Padre Cintra (hoje R. Cel. Neca Medeiros, esquina com Rua dos Maias). O Hospital foi inaugurado em 16 de abril de 1865, já então denominado de Santa Casa de Misericórdia.

Figura 5: Casarão adquirido pelo Barão de Passos. Nele funcionou a Santa Casa de 1865 até 1904



Fonte: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS, online.

Em Passos, a irmandade se organizou em torno de um "Projeto de Compromisso" (uma espécie de certidão de nascimento) elaborado em 1864. A Irmandade, vinculada ao culto de Nossa Senhora das Dores a quem teve seu nome ligado, mereceu aprovação eclesiástica através da Provisão do Bispo de São Paulo, D. Sebastião Pinto do Rego, datado de 8 de novembro de 1864.

A Irmandade era a Instituição que mantinha o Hospital, na época de sua criação. Sua primeira fonte de recursos foi a boa doação do casal Mello e Souza no valor de vinte contos de réis, dos quais doze representavam o valor do edifício e instalações e os oito restantes em dinheiro que deveria ser aplicado em "apólices da dívida pública" ou outra forma de aplicação servindo os juros ou "a renda" para o custeio do Hospital. Eram valores altíssimos para a época. Mas as rendas eram insuficientes para o custeio do funcionamento do Hospital.

Por isto, além das esmolas e donativos eventuais, o Compromisso previa um sistema para gerar rendimentos: a contribuição dos irmãos, muito semelhante ao sistema de "sócio contribuinte", com pagamento de "joia" e "anuidades"; e o sistema dos Mordomos. Durante o mês de sua Mordomia, o mordomo deveria sair (ou

mandar sair) com a Bolsa da misericórdia todos os domingos, recolhendo esmolas. Ou remeter do próprio bolso um donativo que não poderia ser menos que 2500 réis.

O sistema de Mordomia acabou sustentando rigorosamente toda a despesa de funcionamento do Hospital, especialmente entre 1883 e 1904, ano em que foi inaugurado o novo edifício, iniciando também uma nova fase da própria instituição. Sabe-se, também, que na maioria destes anos de crise, os medicamentos utilizados na Santa Casa foram doados gratuitamente pelo Tenente Vasconcelos (Joaquim Rodrigues de Vasconcelos).

Se isso foi suficiente até o início do século passado, as mudanças do conjunto da sociedade e o aumento da população foram tornando essas formas de manutenção inviáveis. Para se ter uma ideia, no relatório de 1899 consta a internação de 159 pacientes no ano anterior. O relatório de 1917 dá conta de 347 internações. Hoje, são realizadas em torno de 15 mil por ano, com tratamentos sofisticadas e custos hospitalares elevados. Os modelos antigos de sustentação das despesas.

As irmãs da Divina Providência eram as administradoras e gestoras do hospital até o ano de 1917, quando foram substituídas pela Irmãzinhas da Imaculada Conceição, cuja fundadora foi Madre Paulina do Coração Agonizante de Jesus, Santa Paulina, que esteve por três vezes em visita a Santa Casa. A congregação entregou a administração do hospital, em 1969, e o gerenciamento dos serviços de enfermagem, em 1972. Hoje desempenham um papel importante no Departamento de Assistência Religiosa e colaboram na Humanização Hospitalar.

Figura 6: Irmãs da Divina Providência



Fonte: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS, online.

A Santa Casa de Misericórdia de Passos é um hospital regional de caráter filantrópico que atende toda a população do sudoeste de Minas Gerais. Por possuir um corpo clínico altamente especializado e modernos equipamentos, ela consolidou-se como um importante pólo de atendimento à saúde. Os pacientes que procuram os serviços da Santa Casa contam com o que há de melhor na região em termos de tecnologia e procedimentos.

Como instituição filantrópica, 70% dos seus pacientes são atendidos pelo Sistema Único de Saúde, e a maioria dos leitos do hospital estão disponíveis a esta população, constituída na sua maioria, de pessoas carentes.

Figura 7: Fachada atual da SCMP



Fonte: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS, online.

Missão: Promover a saúde da comunidade regional, utilizando-se recursos tecnológicos disponíveis por meio dos talentos humanos em constante desenvolvimento pelo respeito aos valores éticos, morais e espirituais.

Visão: A Santa Casa tem como meta ser uma empresa sustentável, socialmente responsável e tendo como diferencial uma assistência de qualidade à toda comunidade.

Especialidades: Anestesiologia; Angiologia e Cirurgia Vascular; Cardiologia clínica e Pediátrica; Cirurgia Bariátrica (tratamento cirúrgico obesidade mórbida); Cirurgia buco-maxilo-facial; Cirurgia Geral; Cirurgia Oncológica; Cirurgia Plástica Estética e Reparadora; Cirurgia Torácica; Cirurgia vídeo endoscópica; Cirurgias por Facoelmução; Clínica de Hemodiálise; Clínica Médica; Clínica Multidisciplinar de tratamento da Dor; Coloproctologia; Dermatologia; Endocrinologia; Fisiatria; Fisioterapia e Reabilitação Física (Centro de referência); Fonoaudiologia; Gastroenterologia; Geriatria; Ginecologia e Obstetrícia; Gravidez de Alto Risco; Hematologia; Hemodinâmica; Hemoterapia; Infectologia; Mastologia; Medicina Intensiva; Nefrologia; Neonatologia; Neurocirurgia; Neurologia; Nutrição Parenteral; Oftalmologia (Centro de Referência em Oftalmologia Nível I); Oncologia Clínica; Ortopedia e Traumatologia; Otorrinolaringologia; Patologia Clínica; Pediatria; Pneumologia; Psiquiatria; Radiologia; Radioterapia; Reumatologia; Transplante de Córneas; Urologia.

Títulos e Prêmios: Título de Hospital Acreditado (Nível I) - A primeira Santa Casa do Brasil a conquistar esse título, concedido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA)

Título Hospital Acreditado Pleno (Nível II) - A Santa Casa de Misericórdia de Passos mais uma vez foi pioneira. Primeira Santa Casa do Brasil a conquistar o título de Acreditação Pleno - Nível II, concedido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Título Hospital Amigo da Criança – UNICEF – Ministério da Saúde.

Segunda colocada do Prêmio Célio de Castro 2008 que visa premiar as experiências bem sucedidas em gestões de hospitais mineiros que compõem a rede Pro-Hosp.

Título Destaque do Ano 2000 na categoria dedicação pelo jornal local.

Maternidade Integrante ao PROJETO NASMaternidade Integrante ao PROJETO NASCER, MS, de Prevenção da Transmissão Vertical da AIDS, tendo sido habilitados 32 profissionais entre médicos e enfermeiros.

Maternidade participante do Programa Nacional de Humanização do Parto.

Hospital Integrante ao PNAHSH – Programa Hospital Integrante ao PNAHSH – Programa Nacional de Humanização dos Serviços Hospitalares do Ministério da Saúde, substituído por Políticas Nacionais de Humanização Multiplicador.

1º Prêmio JOHNSON & JOHNSON de Administração Hospitalar -Programa de Assistência Materno-Infantil (Trabalho Premiado entre os 10 melhores).

2º Prêmio JOHNSON & JOHNSON de Administração Hospitalar - Gestão Participativa - Caminho para a sustentabilidade (Trabalho Premiado entre os 10 melhores). Hospital Sentinela – ANVISA.

3.2.4 Hospital Regional do Câncer (HRC) de Passos

A história do Hospital Regional do Câncer é cheia de idas e vindas, de diálogos, de luta e união de toda uma gente. As primeiras ideias para a construção do hospital surgiram lá atrás, no início de 2002, conforme conta o provedor da Santa Casa, Vivaldo Soares Neto. “Nessa época, já estávamos preocupados com o grande número de pacientes que dia a dia saíam de Passos para buscar em outros centros o tratamento da doença. E sabíamos que na região de Passos era a mesma coisa. Começamos, então, a conversar e a pensar na ideia de um hospital. Sabíamos que seria um grande desafio, mas a diretoria logo aceitou o projeto da construção. Ter um centro oncológico passou a ser um grande sonho”, recorda o provedor.

Da ideia para a execução do projeto foi um passo. E o mais importante: a comunidade já estava também envolvida. Assim, unidos, diretoria da Santa Casa, membros do corpo clínico, funcionários e o povo de Passos fizeram várias viagens a Belo Horizonte e Brasília para reivindicar, juntos das instâncias dos governos estadual e federal o credenciamento do serviço de quimioterapia na Santa Casa de Passos. Era só o começo. Uma vez com o credenciamento autorizado, a Santa Casa começaria o atendimento para consultas e sessões de quimioterapia num anexo ao lado dela. Depois, iniciaria o projeto da construção do hospital e em seguida a implantação do serviço de radioterapia. A Santa Casa sabia que isso seria difícil, já que o aparelho para o serviço radioterápico é caro, mas em nenhum momento desanimou e seguiu em frente.

Em julho de 2002 o credenciamento para a quimioterapia fora aprovado e assim a Santa Casa começou o seu atendimento na área oncológica, aliviando, desde já, a vida de centenas de pacientes.

Junho de 2006: A Santa Casa de Passos lança a pedra fundamental do Hospital Regional do Câncer. Com esse ato, a instituição dá início a uma série de ações, para viabilizar o prédio. A primeira parte do evento aconteceu no auditório do hospital, com a apresentação do projeto arquitetônico. Em seguida, autoridades e convidados dirigiram-se ao futuro pátio de obras do HRC, para o ato de lançamento da pedra fundamental. Houve o descerramento de uma placa em honra daqueles que se colocaram ao lado da Santa Casa de Passos nessa luta, como voluntários, como profissionais, como homens públicos.

Dezembro de 2006: Foi criada a Comissão Regional Pró-HRC. Inicialmente formada por um grupo de 12 pessoas, a comissão passou a unir e envolver a comunidade de Passos e região para arrecadar donativos e recursos para o HRC.

Em 21 de dezembro de 2006, a Santa Casa realiza um "Abraço Simbólico" ao HRC: um momento que emocionou o grande número de participantes. Em seguida, através de um mutirão foi feita a demolição dos imóveis onde seria construído o hospital. A ação marca o início da campanha de mobilização regional para arrecadação de fundos para a obra.

Figura 8: Com a participação de médicos, funcionários da Santa Casa e pessoas da comunidade, foi dado o "Abraço Simbólico" ao HRC



Fonte: HOSPITAL REGIONAL DO CÂNCER, online.

Início de 2007: A Comissão Regional Pró-HRC começa a visitar cidades da região divulgando o projeto de construção a fim de arrecadar fundos para a construção do Hospital Regional do Câncer.

23 de setembro de 2007: É realizado o 1º Encontro das Comissões Municipais Pró-HRC. Vinte e um municípios compareceram a este I Encontro que na avaliação do coordenador da Comissão Regional e diretor executivo da Santa Casa, Daniel Porto Soares, alcançou os objetivos propostos.

O evento, realizado no dia 23 de setembro de 2007, serviu para um balanço das ações realizadas em cada cidade, e de vitrine para os municípios que estavam se integrando à campanha. Além disso, foi feito o ajuste das programações dessas comissões ao plano de metas proposto pela administração da Santa Casa.

Março de 2008: Seu troco constrói este hospital. Com este apelo foi deflagrada a campanha “Moeda da Solidariedade”, com a distribuição dos cofrinhos em algumas empresas de Passos e toda a região. Um sucesso, sobretudo pelo envolvimento que se cria entre os municípios.

31 de agosto de 2008: É realizado o 2º Encontro das Comissões Municipais Pró-Construção do Hospital Regional do Câncer. Representantes e voluntários de cerca de 28 municípios da região estiveram presentes. O evento foi realizado na Câmara Municipal de Passos. Entre outras atividades, houve uma visita ao local das obras do Hospital do Câncer, onde aconteceu uma bênção especial de padres e pastores.

15 de março de 2009: É realizado com sucesso o 3º Encontro das Comissões Municipais Pró-HRC, de Passos, reunindo cerca de 300 pessoas. Este encontro foi de suma importância, uma vez que foi durante ele que saíram a decisão e o comprometimento das comissões para finalizar e inaugurar a obra em dezembro de 2009.

A construção do HRC seguiu em frente com uma mobilização jamais vista em Passos e certamente em toda a região. Lideranças políticas, empresas, sindicatos, associações, escolas e o povo em geral participavam de alguma forma. Doações eram feitas, muitas espontâneas ou anônimas, o certo é que pessoas de todas as idades queriam participar. Uma série de eventos como leilões de gado, shows, festas, ações entre amigos e demais atividades para arrecadação de recursos contavam com a grande participação das pessoas.

Na trajetória da construção o HRC tem histórias fantásticas que mostram solidariedade e gestos de humanidade, inclusive de crianças, que fizeram a sua parte. A classe artística também participou da corrente que buscava a viabilização da obra. Vários deles deram o seu sim, vestindo a camisa, dando depoimentos para estimular a comunidade a se unir pela causa. Foi o caso dos cantores César Menotti e Fabiano, Zezé de Camargo e Luciano, Juliano Cezar, Moacir Franco, Regis Danese, Gian e Giovane, Ratinho, Jota Quest, Rio Negro e Solimões, Edson e Hudson, Pe. Fábio de Melo e o ator passense Selton Mello, que realizou em Passos a Mostra de Cinema que levou o seu nome, cuja renda fora revertida ao HRC.

Dezembro de 2009: Finalmente o Hospital Regional do Câncer é inaugurado. Sem dúvida, a festa de inauguração foi uma dos maiores acontecimentos em Passos nos últimos tempos. Construído com a força da comunidade de Passos e região, o HRC mobilizou trinta e duas comissões formadas por voluntários de nossos municípios vizinhos, que trabalharam com dedicação e afinco, realizando quermesses, shows, leilões e outros eventos para arrecadar recursos para a obra. Foi um sucesso.

17 de dezembro de 2009: Realizada uma missa na paróquia Nossa Senhora da Penha, com a participação da diretoria da Santa Casa, Irmandade, funcionários, voluntários e o povo da comunidade.

18 de dezembro de 2009: Inauguração da obra. Às 15h00 os sinos de todas as igrejas de Passos e região foram badalados durante 10 minutos para celebrar a alegria da inauguração. Às 18h00 houve queima de fogos e, finalmente às 21h00 teve início a grande festa. Uma hora antes, a multidão que prestigiou a inauguração já estava presente na Rua José Merchioratto, nas imediações do hospital, onde foram colocadas as cadeiras e o palco que seria ocupado pela Frente de Honra. Várias lideranças políticas de diversos lugares do Estado ocuparam esta Frente.

A comunidade participou também com apresentações artísticas que enriqueceram a inauguração. No encerramento, houve a bênção das instalações e, em seguida, o descerramento de placas com diversos agradecimentos a autoridades, pessoas de diversas comunidades e aos anônimos que contribuíram com a construção do hospital.

19 de dezembro de 2009: Realizado o 4º Encontro, quando se reuniram as 32 comissões que trabalharam pelo HRC. Foi um momento para o balanço das

atividades realizadas no período, para as metas de trabalho e, sobretudo para a confraternização entre todos.

11 de janeiro de 2010: O Hospital Regional do Câncer passa a funcionar, com os serviços de oncologia que antes eram realizados provisoriamente na Policlínica da Santa Casa.

A partir dali, as comissões começaram a se organizar para continuar as campanhas de arrecadação. Porque todos sabiam da importância de se trabalhar para a manutenção do hospital. Em 09 de setembro de 2010 inicia-se o serviço de radioterapia no HRC. A notícia trouxe tranquilidade aos pacientes e familiares que não precisariam mais percorrer grandes distâncias em busca deste tratamento.

04 de novembro de 2010: A unidade de internação para adultos do HRC entrou em funcionamento. Este serviço, que fica no 3º andar do hospital, tem 17 leitos disponibilizados, sendo que de imediato foram ocupados 10 leitos. A bênção das instalações foi dada pelo Padre Clóvis Nery da paróquia de Nossa Senhora da Penha.

08 de agosto de 2011: O Diário Oficial divulgou em suas páginas a liberação do credenciamento do SUS para o serviço de radioterapia do HRC. A Santa Casa por 11 meses arcou com os custos do tratamento radioterápico dos pacientes, que resultou numa cifra grandiosa: deixou de receber o valor de R\$ 2 milhões de reais a que teria direito. Com o credenciamento, o HRC passa a ser um CACON – Centro de Alta Complexidade em Oncologia, ou seja, aqueles que oferecem assistência especializada e integral aos pacientes do câncer atuando na área de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento do paciente.

Figura 9: Fachada do HRC

Fonte: HOSPITAL REGIONAL DO CÂNCER, online.

Abaixo apresentaremos alguns dados estatísticos fornecidos pelo HRC através do Registro Hospitalar do Câncer (RHC). São de suma importância estes dados, pois nos apresentam a situação da doença no município de Passos e região.

Tabela 8: Distribuição proporcional dos casos de câncer segundo o sexo

CODIGO	SEXO	f	%
1	MASCULINO	2606	53,3
2	FEMININO	2279	46,6
Total		4885	100

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS - 2002 até 2011 - Todas as idades

Tabela 9: Distribuição proporcional dos casos de câncer segundo procedência

PROCEDÊNCIA	Nº	%
3101409 - ALBERTINA	1	0
3101607 - ALFENAS	2	0
3101904 - ALPINOPOLIS	287	5,8
3102001 - ALTEROSA	13	0,2
3104106 - ARCEBURGO	1	0
3104304 - AREADO	2	0
3107604 - BOM JESUS DA PENHA	50	1
3108404 - BOTELHOS	1	0
3510005 - CANDIDO MOTA	1	0
3112406 - CAPETINGA	26	0,5
3112802 - CAPITOLIO	85	1,7
3114402 - CARMO DO RIO CLARO	169	3,4
3115102 - CASSIA	59	1,2
3116407 - CLARAVAL	1	0
3117108 - CONCEICAO DA APARECIDA	47	0,9
3120805 - CRUZILIA	1	0
3121209 - DELFINOPOLIS	39	0,7
3123403 - DORESOPOLIS	12	0,2
3123601 - ELOI MENDES	1	0
3126109 - FORMIGA	1	0
3126307 - FORTALEZA DE MINAS	53	1
3126406 - FORTUNA DE MINAS	2	0
3128105 - GUAPE	123	2,5
3128303 - GUARANESIA	10	0,2
3128709 - GUAXUPE	5	0,1
3129707 - IBIRACI	21	0,4
3130309 - IGUATAMA	1	0
3130507 - ILICINEA	5	0,1
3132909 - ITAMOGI	142	2,9
3133758 - ITAU DE MINAS	180	3,6
3133808 - ITAUNA	2	0
3134806 - JACUI	99	2
3143005 - MONTE BELO	2	0
3143203 - MONTE SANTO DE MINAS	170	3,4
3143401 - MONTE SIAO	1	0
3145109 - NOVA RESENDE	80	1,6

PROCEDÊNCIA	Nº	%
3145208 - NOVA SERRANA	1	0
3145604 - OLIVEIRA	1	0
3146503 - PAINS	1	0
3147907 - PASSOS	1831	37,4
3150505 - PIMENTA	8	0,1
3151404 - PITANGUI	1	0
3151503 - PIUMHI	245	5
3152907 - PRATAPOLIS	109	2,2
3153004 - PRATINHA	1	0
3162203 - SAO JOAO BATISTA DO GLORIA	130	2,6
3162948 - SAO JOSE DA BARRA	99	2
3550308 - SAO PAULO	1	0
3163904 - SAO PEDRO DA UNIAO	18	0,3
3164308 - SAO ROQUE DE MINAS	62	1,2
3164605 - SAO SEBASTIAO DO OESTE	1	0
3164704 - SAO SEBASTIAO DO PARAISO	625	12,7
3164803 - SAO SEBASTIAO DO RIO PRETO	3	0
3165107 - SAO TOMAS DE AQUINO	34	0,6
3551702 - SERTAOZINHO	1	0
3170602 - VARGEM BONITA	17	0,3
3170701 - VARGINHA	1	0
Total	4885	100

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS - 2002 até 2011 - Todas as idades

Tabela 10: Distribuição proporcional do total de casos de câncer, por sexo, segundo localização do tumor primário

LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO	CID	FEMININO		MASCULINO		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
LÁBIO	C00	9	26,4	25	73,5	34	100
BASE DA LÍNGUA	C01	0	0	13	100	13	100
OUTRAS PARTES E PARTES NÃO ESPECIFICADAS DA LÍNGUA	C02	13	37,1	22	62,8	35	100
GENGIVA	C03	2	50	2	50	4	100
ASSOALHO DA BOCA	C04	4	14,2	24	85,7	28	100
PALATO	C05	3	17,6	14	82,3	17	100
OUTRAS PARTES E PARTES NÃO ESPECIFICADAS DA BOCA	C06	4	30,7	9	69,2	13	100

LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO	CID	FEMININO		MASCULINO		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
GLÂNDULA PARÓTIDA	C07	8	42,1	11	57,8	19	100
OUTRAS GLÂNDULAS SALIVARES MAIORES	C08	2	40	3	60	5	100
AMÍGDALA	C09	8	25,8	23	74,1	31	100
OROFARINGE	C10	1	4,1	23	95,8	24	100
NASOFARINGE	C11	0	0	3	100	3	100
SEIO PERIFORME	C12	0	0	3	100	3	100
HIPOFARINGE	C13	6	10,5	51	89,4	57	100
OUTRAS LOCALIZACOES, E AS MAL DEFINIDAS, DO LÁBIO, CAVIDADE ORAL E FARINGE	C14	0	0	2	100	2	100
ESÔFAGO	C15	24	19,5	99	80,4	123	100
ESTÔMAGO	C16	67	35,6	121	64,3	188	100
INTESTINO DELGADO	C17	2	50	2	50	4	100
CÓLON	C18	126	58,3	90	41,6	216	100
JUNÇÃO RETOSSIGMOIDIANA	C19	37	52,8	33	47,1	70	100
RETO	C20	67	43,7	86	56,2	153	100
ÂNUS E CANAL ANAL	C21	7	70	3	30	10	100
FÍGADO E VIAS BILIARES INTRA-HEPÁTICAS	C22	12	40	18	60	30	100
VESÍCULA BILIAR	C23	11	78,5	3	21,4	14	100
OUTRAS PARTES E PARTES NÃO-ESPECIFICADAS DAS VIAS BILIARES	C24	8	88,8	1	11,1	9	100
PÂNCREAS	C25	22	38,5	35	61,4	57	100
CAVIDADES NASAL E OUVIDO MÉDIO	C30	1	50	1	50	2	100
SEIOS DA FACE	C31	1	16,6	5	83,3	6	100
LARINGE	C32	10	18,8	43	81,1	53	100
BRÔNQUIOS E PULMÕES	C34	81	33	164	66,9	245	100
CORAÇÃO, MEDIASTINO E PLEURA	C38	1	50	1	50	2	100
OSSOS, ARTICULAÇÕES E CARTILAGENS ARTICULARES DOS MEMBROS	C40	4	44,4	5	55,5	9	100
NEOPLASIA MALIGNA DOS OSSOS E DAS CARTILAGENS ARTICULARES DE OUTRAS	C41	4	57,1	3	42,8	7	100
SISTEMAS HEMATOPOÉTICO E RETICULOENDOTELIAL	C42	61	48,4	65	51,5	126	100
PELE	C44	527	56,1	412	43,8	939	100
NERVOS PERIFÉRICOS E SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO	C47	2	66,6	1	33,3	3	100
RETROPERITÔNIO E PERITÔNIO	C48	4	66,6	2	33,3	6	100
TECIDO CONJUNTIVO, SUBCUTÂNEO E OUTROS TECIDOS MOLES	C49	22	47,8	24	52,1	46	100
MAMA	C50	564	98,4	9	1,5	573	100

LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO	CID	FEMININO		MASCULINO		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
VULVA	C51	17	100	0	0	17	100
VAGINA	C52	2	100	0	0	2	100
COLO DO ÚTERO	C53	196	100	0	0	196	100
CORPO DO ÚTERO	C54	40	100	0	0	40	100
ÚTERO	C55	1	100	0	0	1	100
OVÁRIO	C56	70	100	0	0	70	100
OUTROS ÓRGÃOS GENITAIS FEMININOS E OS NÃO ESPECIFICADOS	C57	1	100	0	0	1	100
PLACENTA	C58	1	100	0	0	1	100
PÊNIS	C60	0	0	14	100	14	100
PRÓSTATA	C61	1	0,1	855	99,8	856	100
TESTÍCULO	C62	0	0	20	100	20	100
RIM	C64	30	50,8	29	49,1	59	100
PELVE RENAL	C65	1	50	1	50	2	100
BEXIGA	C67	28	24,7	85	75,2	113	100
OLHO E ANEXOS	C69	4	57,1	3	42,8	7	100
ENCÉFALO	C71	28	37,8	46	62,1	74	100
MEDULAR ESPINHAL, NERVOS CRANIANOS E OUTRAS PARTES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	C72	1	33,3	2	66,6	3	100
GLÂNDULA TIRÓIDE	C73	35	79,5	9	20,4	44	100
GLÂNDULA SUPRA-RENAL	C74	1	50	1	50	2	100
OUTRAS GLÂNDULAS ENDÓCRINAS E ESTRUTURAS RELACIONADAS	C75	1	100	0	0	1	100
OUTRAS LOCALIZAÇÕES E LOCALIZAÇÕES MAL DEFINIDAS	C76	6	60	4	40	10	100
LINFONODOS (GÂNGLIOS LINFÁTICOS)	C77	54	52,4	49	47,5	103	100
LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA DESCONHECIDA	C80	36	51,4	34	48,5	70	100
Total		2279	46,6	2606	53,3	4885	100

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS - 2002 até 2011 - Todas as idades

Tabela 11: Distribuição proporcional dos casos de câncer segundo faixa etária e sexo

FAIXA ETÁRIA	FEMININO		MASCULINO		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
00 - 04	7	0,3	4	0,1	11	0,2
09/mai	6	0,2	1	0	7	0,1
14/out	6	0,2	4	0,1	10	0,2
15 - 19	7	0,3	8	0,3	15	0,3
20 - 24	26	1,1	11	0,4	37	0,7
25 - 29	31	1,3	27	1	58	1,1
30 - 34	60	2,6	18	0,6	78	1,5
35 - 39	99	4,3	35	1,3	134	2,7
40 - 44	151	6,6	85	3,2	236	4,8
45 - 49	189	8,2	146	5,6	335	6,8
50 - 54	231	10,1	225	8,6	456	9,3
55 - 59	244	10,7	288	11	532	10,8
60 - 64	252	11	339	13	591	12
65 - 69	266	11,6	380	14,5	646	13,2
70 - 74	230	10	412	15,8	642	13,1
75 - 79	208	9,1	344	13,2	552	11,2
80 e +	266	11,6	279	10,7	545	11,1
Total	2279	100	2606	100	4885	100

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS - 2002 até 2011 - Todas as idades

Tabela 12: Distribuição proporcional dos casos de câncer segundo o Grau de Instrução

CODIGO	GRAU DE INSTRUÇÃO	f	%
1	NENHUMA	660	13,5
2	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	2291	46,8
3	FUNDAMENTAL COMPLETO	683	13,9
4	NÍVEL MÉDIO	581	11,8
5	NÍVEL SUPERIOR INCOMPLETO	7	0,1
6	NÍVEL SUPERIOR COMPLETO	196	4
9	SEM INFORMAÇÃO	467	9,5
Total		4885	100

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS - 2002 até 2011 - Todas as idades

Tabela 13: Distribuição proporcional das dez neoplasias mais frequentes em homens

LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO	CÓDIGO	f	%
PRÓSTATA	C61	855	41,0
PELE	C44	412	19,8
BRÔNQUIOS E PULMÕES	C34	164	7,9
ESTÔMAGO	C16	121	5,8
BOCA	C00-C06	109	5,2
ESÔFAGO	C15	99	4,7
CÓLON	C18	90	4,3
RETO	C20	86	4,1
BEXIGA	C67	85	4,1
SISTEMAS HEMATOPOÉTICO E RETICULOENDOTELIAL	C42	65	3,1
Total		2086	100,0

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS - 2002 até 2011 - Todas as idades

Tabela 14: Distribuição proporcional das dez neoplasias mais frequentes em mulheres

LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO	CÓDIGO	f	%
MAMA	C50	564	31,1
PELE	C44	527	29,1
COLO DO ÚTERO	C53	196	10,8
CÓLON	C18	126	6,9
BRÔNQUIOS E PULMÕES	C34	81	4,5
OVÁRIO	C56	70	3,9
RETO	C20	67	3,7
ESTÔMAGO	C16	67	3,7
SISTEMAS HEMATOPOÉTICO E RETICULOENDOTELIAL	C42	61	3,4
LINFONODOS (GÂNGLIOS LINFÁTICOS)	C77	54	3,0
Total		1813	100,0

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS - 2002 até 2011 - Todas as idades

3.3 Procedimentos Metodológicos

A preocupação neste trabalho foi observar, analisar e descrever a saúde pública na detecção e prevenção do câncer, tentando identificar os entraves que ocorrem para a efetivação da Política Nacional de Atenção Oncológica.

A pesquisa é do tipo exploratória, a qual proporciona maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico; pesquisa documental; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulem a compreensão. Assume, em geral, as formas de Pesquisas Bibliográficas e Estudos de campo (LAKATOS; MARCONI, 1989; MINAYO, 1994).

Possui ainda a finalidade básica de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias para a formulação de abordagens posteriores. Dessa forma, este tipo de estudo visa proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores. As pesquisas exploratórias visam proporcionar uma visão geral de um determinado fato, do tipo aproximativo (GIL, 1999)

É necessário superar as oposições que subsistem nas pesquisas em ciências sociais e humanas, pode se fazer uma análise qualitativa de dados estritamente quantitativos (MINAYO, 1994).

Para a realização desta pesquisa fizemos leituras teóricas e abordamos múltiplos aspectos históricos, sociopolíticos e culturais, garantido-se uma abordagem regional e local. Assim, a escolha de instrumentos de coleta de dados, perpassa uma simples opção metodológica e revela uma preocupação em garantir a real contribuição que o trabalho pode trazer a sociedade.

O método utilizado foi o dialético. Caracteriza-se pelo diálogo, busca de contradições, argumentação e contra-argumentação; trata-se da arte da discussão; método de perguntas e respostas; levantamento de contradições (MINAYO, 1994).

A dialética pensa a relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos. Busca encontrar a compreensão e a relação com o todo, e a interioridade e a exterioridade como constitutivas dos fenômenos (MINAYO, 1994).

3.4 Pesquisa documental

Ao se definir os caminhos da pesquisa, buscamos sintetizar teórica e metodologicamente os desafios que a saúde brasileira enfrenta contextualizando-a no universo da pesquisa, além de mostrar o compromisso do pesquisador com a garantia e defesa da saúde pública.

A pesquisa bibliográfica é um apanhado sobre os principais trabalhos científicos já realizados sobre o tema escolhido e que são revestidos de importância por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes. Ela abrange: publicações avulsas, livros, jornais, revistas, vídeos, internet, etc. (LAKATOS; MARCONI, 1989)

Nesta etapa, nosso objetivo foi caracterizar a saúde pública no Brasil, o conceito de saúde e a atenção básica. E também, o conceito de câncer e a política nacional de oncologia. Fez-se necessário conhecer suas estruturas e funcionamento para correlacionar com as entrevistas realizadas.

3.5 Pesquisa de Campo

A pesquisa de campo teve como instrumento principal o emprego de entrevistas semi-estruturadas, com roteiro pré-estabelecido. Utilizou-se os registros hospitalares do Hospital do Câncer como fontes de informação e dados estatísticos para nossa pesquisa.

As entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas objetivas e subjetivas, no qual o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. De acordo com Minayo (1994) a entrevista pode fornecer dados de duas naturezas: dados objetivos e dados subjetivos.

A entrevista caracteriza-se não somente por um instrumento de fornecimento de informações, mas também, de interação social. Aborda-se o discurso, a linguagem, as falas dos diferentes sujeitos envolvidos na pesquisa. Neste sentido, definiu-se 18 (dezoito) sujeitos entrevistados nesta pesquisa, profissionais da ESF's do município de Passos/MG, distribuídos em 06 (seis) ESF's sendo:

- 06 (seis) enfermeiros;
- 12(doze) agentes de saúde.

No universo da pesquisa, houve o predomínio do Governo Municipal e de profissionais que atuam no Setor de Saúde nas ESF's. O município de Passos conta com 17 (dezesete) unidades de ESF'S, sendo escolhida 6 (seis) para a pesquisa. A escolha das ESF's foram feitas a partir de dados estatísticos fornecidos pelo Hospital Regional do Câncer de Passos/MG, por meio do Registro Hospitalar do Câncer (RHC). Levamos em consideração os bairros com maior e menor número de casos, selecionamos bairros nobres e periferias.

A escolha dos sujeitos para a coleta de dados por meio de entrevista semiestruturada seguiu a lógica da representação, os profissionais escolhidos foram os enfermeiros e agentes de saúde. O enfermeiro por ser o coordenador da ESF e o agente de saúde por estarem em contato com a população.

As entrevistas seguiram um roteiro previamente elaborado e encaminhado ao entrevistado. Compreende-se que o roteiro deve apresentar-se de modo simples, a ponte de guiar uma conversa com finalidade e objetividade (MINAYO, 2007). O roteiro de entrevistas composto por 10 (dez) questões, teve como objetivo conseguir informações ligadas ao objeto de estudo.

As entrevistas foram pré-agendadas junto aos entrevistados com hora, local e data determinadas. Utilizou-se de MP4 em todas as entrevistas, visto que havia sido autorizado pelos sujeitos. Os depoimentos colhidos foram transcritos e realizada a análise e a interpretação dos dados.

No decorrer da análise, a fala dos entrevistados,

[...] é reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, e ao mesmo tempo, tem a magia de transmitir, através de um porta voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. (MINAYO, 2007, 109).

Optamos por tratar os entrevistados como sujeito 1, sujeito 2, etc, para mantermos o sigilo de sua identidade. Da mesma forma trataremos as ESF's por número e não nomes.

3.6 Desenvolvimento da pesquisa

Toda análise requer categorias para interpretação, ou seja, trata-se de selecionar, dentro do material de pesquisa coletado o que de fato colabora com as análises e estudos, que vão ao encontro dos objetivos do trabalho proposto. Utilizou-se 1 (uma) categoria para avaliação e questionamento sobre a realidade pesquisada: análise da estratégia das ESF's e seus impactos no âmbito da atenção básica na detecção precoce e prevenção do câncer.

Para a elaboração e análise da categoria, é importante considerar nas falas dos entrevistados, elementos que sejam fundamentais para essa reflexão. Isso só será possível com a realização de recortes quem sejam incisivos e diretos nas questões relevantes.

3.7 A ESF como estratégia para prevenção e detecção precoce do câncer

Vimos que a atenção básica é um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É a porta de entrada do sistema de saúde e se articula com os outros níveis de atenção.

Como já exposto, o Programa Saúde da Família no Brasil foi desenvolvido a partir da experiência acumulada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e tem hoje, uma importância significativa em termos da assistência a saúde da população brasileira. Embora tenha surgido como um programa, hoje é considerado como estratégia de descentralização. O programa tem como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar.

A Saúde da Família, no Brasil, é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de pessoas localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

A ESF é operacionalizada, geralmente, mediante equipes compostas por 1 (um) médico, 1 (um) enfermeiro, 1 (um) ou 2 (dois) auxiliares de enfermagem e de 4 (quatro) a 6 (seis) agentes comunitários de saúde (ACS), baseados em uma unidade básica de saúde (UBS).

Como já foi dito, a ESF deve trabalhar ações preventivas sem descuidar das doenças já existentes. Como o próprio Ministério da Saúde enfatiza, a EFS é a porta de entrada para o sistema de saúde, diante disso justificamos nossos sujeitos.

Trataremos da seguinte forma as ESF's pesquisadas e os profissionais entrevistados:

- ESF 1 – Enfermeiro 1, ACS 1 e ACS 2;
- ESF 2 – Enfermeiro 2, ACS 3 e ACS 4;
- ESF 3 – Enfermeiro 3, ACS 5 e ACS 6;
- ESF 4 – Enfermeiro 4, ACS 7 e ACS 8;
- ESF 5 – Enfermeiro 5, ACS 9 e ACS 10;
- ESF 6 – Enfermeiro 6, ACS 11 e ACS 12;

Questionamos aos sujeitos como é o trabalho dos mesmos na ESF e quais seriam os pontos positivos e negativos da ESF.

Dentre de várias atribuições como enfermeira, tenho a de executar ações preconizadas pelos programas do Ministério da Saúde e de adaptar esse programa a realidade da comunidade. Ponto positivo temos a nossa mudança para uma nova unidade, maior e com mais estrutura. Como ponto negativo a falta de cursos de capacitação para os profissionais. (Enfermeiro 1).

Percebo-me como peça fundamental de um processo de promoção, prevenção e elevação da qualidade de vida de uma população. Fazemos acompanhamento sistematizado, promoção de eventos mensais, pesagem, medidas educativas, vacinação, assistência à criança e visitas domiciliares. Temos muitos pontos positivos quando consideramos o acompanhamento a família, como ponto negativo considero a falta de mais equipes e profissionais. (Enfermeiro 2).

Meu trabalho é muito importante para o SÚS, faz a integração entre os serviços de saúde e a população. Não sei dizer os pontos positivos e negativos, acho que o salário deveria ser melhor. (ACS 8).

Faço acompanhamento das famílias com visitas domiciliares. Acho o salário baixo, pois trabalhamos muitos. Nosso trabalho é bom para as pessoas, pois damos a elas acesso à saúde. (ACS 11).

Faço o cadastramento das famílias e o acompanhamento com visitas domiciliares. Acompanho o médico nas visitas que são necessárias serem feitas nas residências. Repasso informações a comunidade, entrega de

pedidos de exames agendados, etc. Ponto negativo acho que é o nosso salário (ACS 6).

Nesta questão, os entrevistados tiveram uma fala parecida quanto ao trabalho realizado. Os sujeitos não citados, também falam muito sobre o acompanhamento das famílias, a promoção da saúde e questionam a questão do salário.

Interrogamos quais seriam as facilidades e as dificuldades encontradas por eles no trabalho em relação aos recursos materiais e aos profissionais. Como veremos em algumas respostas abaixo, foi unânime quanto a falta de materiais, a falta de educação continuada (muito comentada pelos enfermeiros) e um ponto muito citado foi sobre a cota de exames e consultas especializadas que são baixas em relação a população usuária do sistema de saúde. Abaixo algumas respostas:

Tenho muita dificuldade com as cotas de exames e consultas especializadas. Temos filas de espera, e quando aparece algum caso urgente é um grande problema pra resolver. Também temos falta de médicos, na nossa unidade não tem médico próprio. Ele está sendo cedido e só vem uma vez na semana. (ACS 4).

Quanto aos profissionais, acho que faltam cursos de educação continuada e capacitação para os agentes. Estamos tendo problemas com falta de materiais também, não é constante, mas acontece. Nossa ESF tem o médico todos os dias, isso facilita o trabalho, porém as cotas para exames são baixas e não supre a população, principalmente exames por imagem. (Enfermeiro 3).

Estou com dificuldades no atendimento médico, nossa equipe não tem e o médico cedido só vem uma vez na semana. Temos uma população grande atendida por nós e são liberados poucos exames e consultas. Faltam também cursos de capacitação para os profissionais. (Enfermeiro 4).

Perguntamos o que os sujeitos acham sobre a ESF, como e quando eles acham que os princípios da ESF aparecem no seu dia-a-dia, e se na opinião deles a ESF funciona na população atendida. Com esta questão, queríamos saber se os profissionais conhecem as diretrizes e princípios da ESF, se possuem conhecimento sobre o SUS. É importante ressaltar que há necessidade dos profissionais conhecerem sobre as políticas públicas em que atuam.

Analisando as respostas, vemos que os enfermeiros têm conhecimento, o que não acontecem com a maioria dos agentes. Não podemos deixar de considerar que os enfermeiros possuem nível superior e tiveram disciplina sobre saúde pública,

Acho o programa excelente, pois é a porta de entrada da população ao sistema de saúde. Temos total conhecimento das famílias cadastradas, o

que facilita os atendimentos. Considerando que a atenção básica caracteriza-se pela promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, a ESF aplica isso no seu dia-a-dia através das visitas, campanhas de vacinação, encaminhamentos, atendimentos médicos, preventivos, entre outros. Na minha região a ESF funciona sim. (Enfermeiro 5).

É um programa muito bom pois é onde a população tem acesso a saúde. Acho que funciona bem, apesar das dificuldades para agendamento de exames e consultas. A população confia em nós. Não sei falar sobre os princípios da ESF. (ACS 5).

A ESF é muito importante para a população. Estamos em contato com os usuários o tempo todo e tentamos auxiliar no que for preciso. A ESF é a porta de entrada para o SUS, e quando garantimos acesso a saúde estamos cumprindo os princípios da ESF. (ACS 1).

Estou há muitos anos nesta equipe, e que a cada ano que passa vejo melhoras no atendimento. Ainda temos muitas dificuldades, claro, como a falta de recursos, exames, consultas. Hoje todos os usuários são cadastrados no sistema do SUS e isso facilita muito nosso trabalho. Acho que cumprimos os princípios no dia-a-dia quando fazemos as visitas, agendamos exames ou encaminhamos os usuários para outros serviços. (ACS 12).

Solicitamos em seguida que os sujeitos descrevem a população usuária de acordo com a condição de vida, renda, escolaridade, cultura, condições de trabalho e saúde. Assim temos uma população bem diferenciada, temos famílias com uma boa renda e famílias em situação de extrema pobreza. Uma importante colocação de uma população atendida foi que apesar das famílias terem boa renda, boas residências são pessoas simples que viveram e trabalham na roça, muitos tem escolaridade de nível fundamental até a 4ª (quarta) série:

Nossa população vai de um extremo ao outro. Atendemos alguns bairros onde as famílias possuem situação econômica boa, trabalham, a maioria tem nível médio, curso técnico ou superior. Temos um bairro q é considerado nobre onde ficam 2 condomínios de luxo. Por outro lado, atendemos um dos bairros mais pobres da cidade, onde é considerado a única favela da região. Esta população é muito carente, vivem de bolsa família, é ponto de venda de drogas. Há muitas ocorrências policiais. Solicitamos muito o auxílio dos profissionais do CRAS que fica dentro deste bairro. Temos dificuldades para realizarmos visitas domiciliares, é uma população extremamente carente porém há muitos traficantes. (Enfermeiro 6).

Os agentes desta ESF fizeram algumas considerações parecidas com a do enfermeiro e alegaram terem medo de realizarem algumas visitas. Um dos agentes deu como exemplo “[...] temos o caso de uma senhora de 82 anos que necessita dos cuidados da equipe, porém a casa é ponto de venda de drogas. Os 3 (três) filhos da

mesma são traficantes, quando vamos realizar a visita semanal, precisamos telefonar e marcar antes.” (ACS 11)

Por outro lado, observando as respostas de outra ESF, temos uma população diferenciada, instruída e com boa situação econômica:

Atendemos uma população bem instruída e com boa condição de vida. Muitos têm plano de saúde e não utilizam o sistema de saúde, mas estão cadastrados em nosso sistema. Outros, apesar da boa situação financeira, utilizam o SUS. São pessoas bem instruídas, conhecem seus direitos, às vezes temos problemas com estes usuários, pois não aceitam esperar. (Enfermeiro 2).

Nossa população tem boas condições de vida, são instruídos, residências boas, trabalham, as crianças estão em dia com a vacinação e a vida escolar. Algumas famílias recusam nosso atendimento. (ACS 3).

É interessante mencionar aqui, o relato deste enfermeiro sobre sua população. Neste caso vemos a verdadeira desigualdade social, tanto estudada e questionada por nós assistente sociais:

Nossa população vai de um extremo ao outro. No mesmo bairro temos mansões e barracos. Como você deve conhecer nossa região, cito aqui a avenida [...] onde temos de um lado verdadeiras mansões e do outro barracos aglomerados em uma rua sem asfalto, sem infraestrutura e onde correm risco de desabamentos. Temos muito médicos, advogados, promotores, empresários que residem do lado rico, enquanto que do lado pobre são famílias de presidiários, mães solteiras, usuários de drogas, etc. (Enfermeiro 4).

Passamos agora para nosso objeto de estudo que é a prevenção e detecção precoce do câncer. Podemos ver que no Brasil, 70% dos casos de câncer são diagnosticados em fase avançada, estando isto em grande parte relacionados à falta de programas coordenados e estruturados para a prevenção e detecção precoce do câncer. Há alguns anos, o INCA vem intensificando seus esforços para ampliar a prevenção do câncer, tanto no nível primário (promoção da saúde) como secundário (detecção de lesões pré-neoplásicas ou do câncer em fase inicial).

A redução dos índices de incidência e mortalidade pelo câncer está associada à conscientização da população sobre a necessidade de se adotar um estilo de vida saudável e se submeter a exames periódicos de detecção da doença em sua fase inicial.

Nossa primeira questão foi sobre como é o atendimento ao usuário com suspeita de neoplasia e se o mesmo tem prioridade. Mencionaremos aqui duas ESF

que tiveram respostas complexas. Podemos perceber que um dos sujeitos entende a gravidade da doença, enquanto o outro coloca como “*caso para o hospital do câncer*”. Considerando que a porta de entrada do sistema são as ESF e que as mesmas devem acompanhar o usuário antes, durante e depois do tratamento, notamos uma falha no atendimento e conhecimento deste tipo de doença por parte desta ESF.

Quando chega a nós pacientes com suspeita de câncer ou nosso médico diagnostica esta suspeita, ele passa a ser prioridade. Encaminhamos ao para exames clínicos e posteriormente para os exames laboratoriais, por imagem e se for solicitado para biópsia também. Após a consulta médica, averiguamos o que o médico solicitou ao paciente e encaminhamos o mesmo. Claro que, alguns exames, são um pouco demorados e não temos como adiantar. Quando o caso é grave e o paciente não está bem, encaminhamos para a UPA, e lá o mesmo é transferido, dependendo do caso, para a Santa Casa. Estando internado os exames são mais rápidos. (Enfermeiro 6).

Os pacientes passam por consulta com nosso médico e se o mesmo suspeitar de doença grave fará pedidos de exames ou encaminhamento para consulta especializada. O paciente irá entrar na fila para exames e consultas, assim como os demais. Só se o paciente não estiver bem é que tentamos encaixá-lo para antecipar seus exames. Quando o paciente já vem a nós diagnosticado, ele é caso para o Hospital do Câncer, foge da nossa alçada. Mas podemos fazer visitas se for solicitado pelo hospital. (Enfermeiro 5).

Quando me deparo com este tipo de doença, encaminho para o enfermeiro e peço ajuda para saber como fazer o atendimento. Estes casos são acompanhados pelo hospital do câncer, às vezes apenas fazemos visitas e alguns casos os auxiliares de enfermagem fazem curativos. (ACS 9).

Quanto à questão sobre a agilidade dos exames para diagnóstico, a grande maioria das respostas foram que as cotas são poucas, que há problemas com exames por imagem. Alegaram que os exames laboratoriais, apesar de terem cotas, são mais fáceis de resolver quando o caso é urgente ou há suspeita de doenças graves.

Quanto à referência e contra-referência entre a ESF e o serviço especializado em oncologia, tivemos respostas do tipo:

Há uma boa relação entre os serviços, quando o paciente está diagnosticado. Estando com resultado da biópsia, é agendada a consulta com o oncologista. As consultas demoram em de 15 a 30 dias. Se o paciente não estiver diagnosticado, não conseguimos encaminhá-lo, há casos em que nosso médico conversa com o médico de lá e consegue agendar a consulta. (Enfermeiro 1).

Nós agentes passamos o caso pra nosso coordenador, o enfermeiro, e ele toma as providências. Há casos que é só telefonar no hospital do câncer e agendar, quando o paciente está com resultado de biópsia e encaminhamento médico. (ACS 2).

O paciente estando diagnosticado, entramos em contato no serviço e agendamos a consulta. Conheço vários profissionais que atuam no hospital do câncer, quando não temos diagnóstico, mas é um caso que a suspeita é grande, falo com eles e acabo conseguindo agendar. Quanto a contra-referência, é raro o HRC devolver pacientes para serem acompanhados por nós. Eles passam a pertencer ao hospital, há casos que são solicitados nosso apoio para visitas, curativos, etc. Têm os casos de pacientes que tiveram alta e passam a ter retorno na oncologia uma vez por ano ou a cada dois anos (são pacientes sem evidência da doença), nestes casos eles voltam para a ESF para acompanhamento clínico, exames, etc. (Enfermeiro 3).

As respostas foram parecidas entre os enfermeiros e os agentes, ficou evidenciado que, na maioria das vezes, é o enfermeiro que cuida dos encaminhamentos para o serviço especializado. Dois agentes não responderam a pergunta, alegaram que não era competência deles e os demais encaminham ao coordenador da ESF.

Quando chegamos a 6ª questão sobre as estratégias usadas para o atendimento ao paciente em tratamento oncológico, tivemos respostas curtas e na maioria alegam que são feitas visitas domiciliares.

Realizamos visitas domiciliares para os pacientes com câncer, acompanhando assim seu estado de saúde. Alguns casos precisam de fisioterapia, aí encaminhamos para as clínicas com convênio do SUS. Já tive caso que precisava de dentista, então agendei na Clínica Odontológica do SUS. Há casos que fazemos curativos, trocas de sonda, etc. (Enfermeiro 1).

Fazemos as visitas domiciliares, pois os pacientes continuam sendo cadastrados em nosso sistema. Verificamos como está indo o tratamento, e se precisam de alguma coisa. (ACS 7).

Nossa estratégia é o acompanhamento através das visitas dos agentes, e quando necessário minha, dos auxiliares e até do médico. (Enfermeiro 2).

Discorremos, anteriormente que, o câncer é um problema de saúde pública no Brasil e que a Política Nacional de Atenção Oncológica foi proposta como estratégia para ações integradas de controle das neoplasias malignas.

Diante disso questionamos nossos sujeitos se eles conhecem a PNAO. Dentre 6 (seis) enfermeiros, 1 (um) afirmou que sim e que já leu o conteúdo da mesma, 5 (cinco) alegaram que sabem que existe mas não têm conhecimento da mesma. Os 12 (doze) ACS responderam que não conhecem.

Considerando que Prevenção é o conjunto de ações que visam evitar a doença na população, removendo os fatores causais, isto é, visam à diminuição da incidência da doença, tendo por objetivo a promoção de saúde e a proteção específica. Ademais, identificar e corrigir o mais precocemente qualquer desvio da normalidade, de forma a colocar o indivíduo de imediato na situação saudável, ou seja, a diminuição da prevalência da doença.

Perante esta consideração, indagamos quais seriam as ações de promoção e prevenção, na linha de cuidados do câncer, realizadas pela ESF. Aqui, percebemos que as ESF's não planejam ações de promoção e prevenção, apenas participam das ações executadas por outros setores da saúde.

Realizamos os exames preventivos, agendamos mamografias, temos o trabalho sobre o tabagismo junto ao NASF. Participamos de campanhas preventivas realizadas pelo HRC ou pela faculdade. Tivemos capacitação e atuamos juntos ao projeto da Santa Casa "Buscando Vidas" que é sobre o câncer de mama. (Enfermeiro 4).

Ah, quando tem alguma campanha a gente participa. Essas campanhas são realizadas pela Santa Casa. Aí quando tem, a gente faz o contato com a população e seleciona os que iram participar. (ACS 10).

Participamos de campanhas quando têm. Vamos nas casas e de acordo com o que nos é orientado, encaminhamos os pacientes para a campanha. Participamos das caminhadas que têm. (ACS 11).

Geralmente o HRC realiza campanhas contra o câncer de mama, próstata e pele. Nós participamos na busca dos pacientes para passarem pela consulta e exames no dia da campanha. Vamos as caminhadas realizadas pelo HRC. Realizamos os exames preventivos contra o câncer útero e acompanhamos as campanhas do Ministério da Saúde. (Enfermeiro 3).

Discorremos que um dos objetivos da detecção precoce é identificar lesões precursoras ou câncer em estágio inicial, situações em que as chances de sucesso no tratamento são maiores. O método de detecção precoce recomendado é o rastreamento populacional. Dessa forma, busca-se atingir maior efetividade das ações pela equidade e universalidade do acesso da população, fortalecendo-se o conceito da atenção oncológica.

Assim, questionamos nossos sujeitos: "Você acredita que com a promoção, prevenção e detecção precoce podem diminuir o número de mortes causadas por câncer no Brasil?" Obtemos resposta afirmativas dos 18 (entrevistados), 2 (dois) enfermeiros ressaltaram:

Eu acredito que sim, com a prevenção e promoção evitamos que pacientes venham a ter a doença. Se conscientizarmos a população sobre o uso de álcool, cigarro, drogas, sedentarismo e alimentação inadequada e as pessoas passarem a se cuidar, podemos evitar várias doenças inclusive o câncer. (Enfermeiro 6).

Sim. Creio que se conscientizarmos a comunidade sobre a importância na mudanças de hábitos podemos prevenir várias doenças. Acredito, também que quando descobrimos uma doença na sua fase inicial, a chance de cura é muito maior. (Enfermeiro 3).

Solicitamos que nossos sujeitos dessem sua opinião sobre câncer, detecção, tratamento, prevenção, promoção, cuidados. O que poderia ser mudado? O que a ESF poderia fazer quanto a isso? Algumas falas são interessantes:

O câncer é uma doença ruim que há muito tempo assusta a todos. Já tive casos na minha família e é muito triste o que a doença faz com o enfermo e com a família. Temos que ir a luta todos juntos com campanhas contra tabagismo, álcool, drogas e sobre ir ao médico regularmente são formas de prevenir a doença. (ACS 11).

O câncer é uma doença grave e que está no nosso meio. Estamos rodeados de coisas terríveis que proporcionam os mais variados cânceres. Temos o tabaco, a poluição, o aspartame que colocam no pão, refrigerantes e outros alimentos, os miojos, a comida processada. O leite e a carne de animais alimentados de forma errada, alimentos transgênicos, tudo isso são fabricas de câncer. Como profissionais de saúde temos o dever de orientar a população e incentivar a mudança de hábitos alimentares, isso é prevenir. Assim promovemos a saúde. (Enfermeiro 2).

Fatores como estilo de vida, sedentarismo, fumo, são causadores de câncer. Sei que o câncer de mama, por exemplo, é mais comum hoje, pois temos filhos tardiamente, amamentamos pouco ou nada, e isto nos predispõe ao câncer. Antigamente as mulheres tinham mais filhos, amamentavam e diminuía as chances da doença. O que podemos fazer são orientar a comunidade a fazer exames de rotina, para detectar algum problema precocemente e começar o tratamento o quanto antes. (ACS 10).

Eu acho que o câncer surge devido a contaminação dos últimos tempos, tudo que ha entre o céu e a terra perdeu a validade, poluição, radiação, alimentação artificial, ou seja tudo está errado. Podemos prevenir as pessoas fazendo campanhas, orientando sobre os fatores que causam o câncer. Acho o tratamento muito ruim, pois debilitam muito os pacientes. (ACS 5).

Atualmente o câncer ganhou uma grande dimensão, sendo hoje um problema de saúde pública mundial. Medidas preventivas devem ser implementadas agora para reduzir a carga do câncer, como, por exemplo, o controle do tabagismo; a vacinação para hepatite, contra o câncer do fígado; o uso de filtro solar e a não exposição excessiva ao sol, contra o câncer de pele; entre outros. A ESF como atenção básica deve instituir campanhas para conscientizar a população. o tratamento é muito evasivo, no meu ponto de vista, o paciente tem que se submeter a quimioterapias, radioterapias, exames, cirurgias, é muito desgaste e sofrido. (Enfermeiro 6)

É uma doença ruim que pode levar a morte. É triste, pois o paciente fica debilitado, emagrece, perde o cabelo, é triste demais. Não gosto nem de pensar nesta pessoa, tenho dó. (ACS 9)

Compreendemos, aqui, que os profissionais têm uma ideia do que seja câncer, alguns bem esclarecidos e outros nem tanto. Consideramos que os enfermeiros são capacitados, pois têm nível superior, e recebem capacitação eventualmente. Enquanto os agentes de saúde possuem nível médio e não recebem capacitação quanto a temática saúde pública e muito menos sobre câncer.

No início do nosso questionário, perguntamos se haviam recebido alguma capacitação sobre a temática câncer. Os 18 (dezoito) entrevistados responderam sim. Contudo, ao decorrer da entrevista, foram-nos esclarecidos que a capacitação que tiveram foi específica ao Câncer de Mama, por meio do projeto intitulado “Buscando Vidas”, parceria entre a Santa Casa e o Instituto Avon. Projeto o qual a pesquisadora foi uma das autoras.

A análise do conteúdo apreendido revela fragilidades importantes, que surgem como pontos de debates para melhorias, remetendo a discussão para a organização do sistema, assim como para o saber-fazer das equipes no campo prático. Uma delas é a inexistência de programas de educação continuada, como bem define o marco legal da APS brasileira, a Atenção Básica tem como fundamento valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação.

Apresentam-se aspectos contraditórios entre o estabelecido politicamente e as falas apresentadas pelos profissionais anteriormente, desnudando a heterogeneidade de situações vivenciadas por cada uma das equipes investigadas.

Dada a complexidade da prestação de serviços de saúde, para que a horizontalidade seja mantida nas ações em todos os níveis de responsabilidade pela atenção à saúde, a gestão municipal deveria pautar-se no conhecimento dos problemas de saúde de cada Equipe da ESF, para a condução da gestão em si, objetivando a mudança efetiva nas práticas em Saúde no âmbito da APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho foi possível apresentar uma contribuição sobre a saúde pública brasileira com enfoque na Atenção Básica voltada a detecção precoce e prevenção do câncer, partindo da Estratégia Saúde da Família do município de Passos/MG.

Os dados analisados nos permite inferir que, anualmente ocorre em todo o mundo mais de 10 (dez) milhões de casos novos e 6 (seis) milhões de mortes por câncer. Cerca de 4,7 milhões de casos novos ocorrem nos países economicamente desenvolvidos, enquanto 5,5 milhões ocorrem nos países economicamente menos desenvolvidos. Nos países desenvolvidos o câncer se apresenta como a segunda causa de morte por doença, enquanto que nos países em desenvolvimento como terceira causa nesta categoria (World Health Organization, 2002, online).

Vimos que o câncer é um problema de saúde pública no Brasil e a Política Nacional de Atenção Oncológica foi proposta como estratégia para ações integradas de controle das neoplasias malignas. Na linha de cuidados do câncer, a atenção básica tem responsabilidade quanto a ações de promoção, prevenção, detecção precoce e cuidados paliativos, ou seja, em todos os níveis de prevenção da história natural da doença.

Compreendemos que a prevenção primária envolve a disponibilização de informações à população sobre os fatores de risco para o câncer e de estratégias para diminuir a exposição aos mesmos. Esta prevenção perpassa todos os níveis de atenção à saúde, mas é na atenção básica que se torna possível um maior alcance das ações, em função de sua abordagem mais próxima da população, na ótica da promoção da saúde.

Expomos anteriormente que as ações de detecção precoce e as de prevenção, podem ser oferecidas em qualquer nível de atenção à saúde. Por questão de custo-benefício e pela proximidade com a população, aconselha-se que as ações de se concentrem na atenção básica. É neste nível que os métodos de rastreamento devem ser disponibilizados e fazer parte da rotina de atenção à saúde conforme as diretrizes preconizadas.

Apresentamos que o acesso à atenção à saúde no Brasil logrou vários avanços desde a instituição do Sistema Único de Saúde, há mais de 20 anos, sendo a expansão da atenção básica através do PSF, hoje ESF, uma de suas estratégias mais felizes, a despeito das diversas limitações que alguns estudos, incluindo este, apontam.

Como já exposto, a ESF tem como objetivo desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, prestando assistência integral, na unidade de saúde e no domicílio de forma contínua, intervindo sobre os fatores de risco no qual a população está exposta.

Constatamos que a Atenção Básica à Saúde tem papel fundamental no rastreamento dos cânceres, dentre os múltiplos desafios, destaca-se a permanente necessidade de qualificação e responsabilização dos diversos atores para que se possam garantir a reflexão sobre as práticas e a identificação de falhas e limites a serem corrigidos no processo.

A ESF adquiriu uma visibilidade política importante devido ao fato de ter assumido uma responsabilidade fundamental na estrutura organizacional do modelo de saúde brasileiro, a de reorganizá-lo. Assim, funcionando como porta de entrada, deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

A pesquisa realizada apontou uma série de questionamentos sobre o tema e a necessidade de aprofundar ainda mais o debate sobre os rumos do SUS e da própria ESF. Essa discussão é essencial para a definição de políticas, programas e serviços na atenção básica quando se fala de promoção da saúde e prevenção do câncer.

Buscamos neste estudo oferecer um panorama do controle do câncer no Brasil e destacar o papel da atenção básica na detecção precoce dos cânceres, avaliar a qualidade da atenção à saúde tomando por norte analisar o papel da ESF na prevenção e detecção do câncer, apontando seus entraves.

As questões ressaltadas quanto à detecção precoce e a prevenção do câncer envolvem desde a necessidade de se ampliar o alcance do rastreamento, mediante acesso facilitado a serviços de qualidade e estratégias educacionais participativas, até a capacitação dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica.

Em relação às ações de promoção, é preciso fortalecer o eixo da mobilização social para que os fatores relacionados à ocorrência dos cânceres possam ser conhecidos e debatidos publicamente. A informação sobre redução da exposição aos riscos e formas de proteção deve estar articulada a um conjunto de fatores relacionados a oportunidades para práticas saudáveis e acesso a serviços de qualidade, em um contexto educativo que privilegie a interação, a participação e o diálogo.

Para que as estratégias de controle do câncer se integrem e produzam resultados, é fundamental que os profissionais de saúde e gestores conheçam bem o seu papel e atuem com responsabilidade e sensibilidade em cada etapa das ações. A participação dos diversos atores e o engajamento efetivo na produção social da saúde e na qualificação da rede assistencial é condição básica para que possamos começar a mudar a história do controle dos cânceres no nosso município.

Podemos afirmar, diante desta pesquisa, que a ESF vem contribuindo na ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde, mas, é preciso enfrentar os desafios contemporâneos que essa estratégia apresenta no cotidiano das práticas de suas equipes, e que os gestores tomem para si esta responsabilidade de imprimir as reformas do setor saúde orientadas pelos valores, princípios e características organizativos da atenção básica, tendo na ESF a estratégia em primazia.

O acesso aos serviços básicos de saúde no âmbito do SUS, segundo nosso estudo apresenta-se limitado em alguns aspectos principais: a falta de capacitação dos profissionais das equipes da atenção básica (ESF); a baixa capacidade das equipes /ESF em elaborar planos, programas, projetos e/ou ações contínuas para a prevenção e detecção precoce do câncer; a falta de conhecimento das políticas públicas e da doença “câncer”.

Analisando os dados obtidos vemos que as ações preventivas são secundárias, são ações isoladas. Os profissionais não recebem capacitação contínua, o que dificulta o conhecimento das políticas públicas principalmente para os ACS que não possuem nível superior.

A ESF acaba se tornando uma central de agendamentos e encaminhamentos, apesar das visitas domiciliares frequentes dos agentes. Não temos uma proposta para estes acompanhamentos, principalmente quando tratamos do assunto “paciente com neoplasia em tratamento”.

Estas fragilidades são perceptíveis nas falas dos sujeitos pesquisados quando reconhecem que as ações de promoção e prevenção em saúde contribuem para a mudança de hábitos da população, o que diminui a incidência do câncer. Podendo modificar as condições de vida e saúde, através de ações educativas individuais e de mudanças de estilos de vida.

Esperamos contribuir para a sensibilização dos profissionais da Atenção Básica à Saúde quanto ao controle do câncer e, especialmente, no que se refere ao

papel fundamental deste nível de atenção na linha de prevenção e detecção precoce do câncer.

Apontamos, assim, a necessidade de engajamento efetivo dos diversos atores na produção social da saúde e na qualificação da rede assistencial para que as estratégias de controle do câncer se integrem e produzam resultados.

Em resumo, boa vontade não é suficiente para consolidar as políticas públicas de saúde. É preciso que medidas sejam implementadas para que se tenham ações voltadas à promoção e prevenção da saúde como um todo. Deve-se levar em consideração todos os tipos de enfermidades, inclusive o câncer que é uma doença que vem se expandindo cada vez mais rápida no nosso meio.

REFERÊNCIAS

A. C. CAMARGO. Disponível em: <<http://www.accamargo.org.br/>>. Acesso em: 15 fev. 2010.

ABRALE. Disponível em: <<http://www.abrale.org.br/>>. Acesso em: 22 mar. 2011.

ABRASCO. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/>>. Acesso em: 10 abr. 2010.

ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). **Famílias, redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2007.

AGUINAGA, A. **Câncer do colo uterino: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Lito-tipografia Fluminense, 1925.

ALBUQUERQUE, J. A. G. **Instituição e poder: a análise concreta das relações de poder nas instituições**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ALMEIDA, N. L. T. Retomando a temática da “sistematização da prática” em Serviço Social. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS : OMS : Ministério da Saúde, 2006.

ALMEIDA, E. C. R.; GRAZZIOTIN, L. S. S. **História de uma profissão: implantação e desenvolvimento do Curso de Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul (1957 a 2010)**. 2010. Disponível em: <[http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2010/Historia_da_Educacao/Trabalho/02_06_16_Historia_de_uma_profissao_implantacao_e_desenvolvimento_do_Curso_de_Enfermagem_da_Universidade_de_Caxias_do_Sul_\(1957_a_2010\).PDF](http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2010/Historia_da_Educacao/Trabalho/02_06_16_Historia_de_uma_profissao_implantacao_e_desenvolvimento_do_Curso_de_Enfermagem_da_Universidade_de_Caxias_do_Sul_(1957_a_2010).PDF)>. Acesso em: 23 maio 2011.

AYRES, J. R. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia: um guia para a iniciação científica**. São Paulo: Makron Books, 2000.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, L. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

BELLO, J. L. P. **Metodologia científica: manual para elaboração de textos acadêmicos, monografias, dissertações e teses**. Trabalho realizado para fins de orientação e consulta dos estudantes dos cursos de graduação e pós-graduação da Universidade Veiga de Almeida – Uva. Rio de Janeiro: Ed. UVA, 2005.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.

BETTIOL, L. M. **O Programa Saúde da Família, a participação popular e a atenção básica**: a experiência da Estância Turística de Santa Fé do Sul-SP. 2003. Tese (Doutorado em Serviço Social). – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2003.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Brasília, DF: Ed. UnB, 1998.

BODSTEIN, R. **História e saúde pública**: a política de controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: PEC : ENSP, 1987.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a Entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese**: Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC, Florianópolis, v. 2, n. 1(3), p. 68-80, jan./jul. 2005.

BONETTI, D. A. et al. **Serviço Social e ética**: convite a uma nova práxis. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Decreto-lei n. 3.643, de 23 de setembro de 1941. Institue, no Departamento Nacional de Saúde o Ministério da Educação e Saúde, o Serviço Nacional do Câncer e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 set. 1941. Seção I. p. 18558. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3643-23-setembro-1941-413887-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Coordenação de Prevenção e Vigilância**: a situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2006e.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS. **Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Brasília, DF: DATASUS, 2006 Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2006/pacmap.htm>>. Acesso em: 20 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF, 2006a. (Série A. Normas e manuais técnicos).

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de mama**: documento do consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde**: Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº2439/GM de 08/12/2005**. Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006**: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, DF, 2006. (Série G. Estatística e informação em saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149> Acesso em: 10 dez. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/SAS nº 170, de 17 de dezembro de 1993**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 19753-6, 1993.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. As políticas brasileiras de Seguridade Social: saúde. In: CAPACITAÇÃO em Serviço Social e política social: crise contemporânea, questão social e serviço social. mod. 1. Brasília, DF: CFESS : ABEPSS : CEAD : Ed. UNB, 1999.

_____. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS : OMS : Ministério da Saúde, 2006.

_____.; MATOS, M. C.. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: _____. (Org.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

BRAVO, M. I. S. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: _____. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2004

_____.; MATOS, M. C. A saúde: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: _____.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). **A política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2002

BRAVO, M. I. S. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2006.

CAMARGO, M. **Ética, vida e saúde**. 7. ed. Curitiba: Vozes, 1993.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 301-306, 2007.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CANÔAS, J. W. **Por uma nova presença do Serviço Social na empresa**. São Paulo: Canoas, 1982.

_____. **Planejamento e implantação do serviço social em empresas: limites e possibilidades**. Franca: Ed. UNESP/FHDSS, 2002.

CECILIO, L. C. O; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ : IMS : Abrasco, 2003.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil políticas e organização de serviços**. 5. ed. São Paulo: Cortez : CEDEC, 2003.

_____. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 30, n. 62, p. 35-71, mar. 2000.

CRESS 6ª REGIÃO. **Coletânea de leis: um guia completo e atualizado dedicado ao assistente social**. 2. ed. Belo Horizonte: CRESS, 2003.

CRESS 7ª Região. Comissão de Saúde. Grupo de Trabalho de Hospitais. **O Serviço Social em hospitais: orientações básicas**. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **O Serviço Social clínico e o projeto ético-político do Serviço Social**. Rio de Janeiro, 2003.

DEMO, P. **Conhecimento moderno: sobre ética e intervenção do conhecimento**. Petrópolis: Vozes, 1997.

_____. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1981.

DONAGELO, M. C. F., PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

EGGERS, S. A história do câncer em direção à cura. **Revista Hands**, São Paulo, v. 2, n. 10, p. 14-16, 2002.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

FALEIROS, V. P. et al. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **O que é política social?** 9. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

FERREIRA, J. O. P. **Experiências e qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia na cidade de João Pessoa-PB**. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo, 2011.

_____. **Saber profissional e poder institucional**. São Paulo: Cortez, 2007.

FIGUEIREDO, A. M. A; TANAKA, O. A avaliação no SUS como estratégia de reordenação da saúde. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, v. 19, p. 98-105, 1996.

FIOCRUZ. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/>> Acesso em: 10 mai. 2011.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France pronunciada em 2 de Dezembro de 1970**. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola, 2003.

_____. **Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978 – 1979)**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FREIRE, L. M. B. **O serviço social na reestruturação produtiva: espaços, programas e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

GUARESCHI, N. et al. Problematizando as práticas psicológicas no modo de entender a violência. In: STREY, M. N.; AZAMBUJA, M.; JAEGER, F. (Org.). **Violência, gênero e políticas públicas: gênero e contemporaneidade**. Porto Alegre: Ed. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2004. v. 2.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

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

GOMES, K. O. et al. Atenção Primária à Saúde a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 881-892, 2001.

GRILO, A. T. **Câmara Municipal 150 anos**. São Paulo: [s. n.], 1998.

GUERRA, I. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

HOSPITAL REGIONAL DO CÂNCER. **Sobre o Hospital Regional do Câncer**
Disponível em: <<http://www.hrcpassos.org.br/o-hrc>>. Acesso em: 21 jan. 2012.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **Renovação e conservadorismo no Serviço social: ensaios críticos**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____.; CARVALHO, R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

IBGE. **Geociência: área territorial oficial**. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_territ_area.shtm>. Acesso em: 15 mar. 2012.

_____. Resolução nº 5, de 10 de outubro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 198, 11 out. 2002. Seção 1. p. 48-65.

_____. **Economia: sistema de contas nacionais: contas regionais: contas regionais do Brasil 2004-2008: tabelas: tabela 1 - Conta de produção por operações e saldos, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação. 2004-2008**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/contasregionais/2008/tabelas_pdf/tab01.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2012.

_____. **População: censos demográficos: censo 2010**. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm>. Acesso em: 15 mar. 2012.

INCA. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 16 fev. 2011.

_____. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2011.

_____. Prevenção do câncer do colo do útero. Normas e recomendações do INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 205, 2003.

_____. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**. 3. ed. Rio de Janeiro, 2008.

KARCHI, U. M. S. **O Serviço Social na era dos serviços**. São Paulo: Cortez, 1989.

KISNERMAN, N. **Ética para o Serviço Social**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1978.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 1989.

_____. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LIPORONI, A. A. R. C. **Os caminhos da participação e do controle social na saúde**: estudo das realidades do Brasil e Espanha. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social). – Faculdade de História, Direito e Serviço Social da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2010.

LOURENÇO, E. A. S. **Saúde pública e participação cidadã**: uma análise do controle social no SUS em Franca/SP. 2004. 165 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). – Faculdade de História, Direito e Serviço Social Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2004.

LUNA, S. V. **Planejamento de pesquisa**: uma introdução. São Paulo: EDUC, 1999. 108 p.

LUZ, M. T. **Dicionário da educação profissional em saúde**, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sau.html>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

_____. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **PHYSIS**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 145-176, 2005.

MACHADO, E. M.; KYOSEN, R. O. **Política e política social**. Londrina: CPG : Ed. UEL, 1998.

MAIA, H. F.; SOUSA, C. S.; OLIVEIRA, K. G. F. Os debates ancestrais e atuais acerca do que é saúde e a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: contribuições para compreensão das possibilidades de uma Política Nacional de Saúde Funcional. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, Cachoeira, v. 1, n. 1, p. 1, 2011.

MANRIQUE, C. M. **História do Serviço Social na América Latina**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

MARSIGLIA, R. M. G. Orientações básicas para a pesquisa. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS : OMS : Ministério da Saúde, 2006.

MARTINELLI, M. L. **Serviço Social**: identidade e alienação. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. Serviço social em hospital-escola: um espaço diferenciado de ação profissional. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, n. 1, p.1-11, 2002.

MARTINS, M. C. F. N. **Humanização das relações assistenciais**: a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MATTOS, R. A. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec : ABRASCO, 2004.

MELO, R. M. B. **Estudo econômico-financeiro da Agência Nacional de Saúde Suplementar para o equilíbrio da função de órgão regulador**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAS Gerais. In: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Minas_Gerais>. Acesso em: 11 dez. 2011.

MINAYO, M. C. S. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: _____; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. O desafio da pesquisa. In: _____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/>>. Acesso em: 29 jul. 2010a.

_____. **Controle do Câncer**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/control_cancer>. Acesso em: 3 out. 2010b.

_____. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____. **Lei Orgânica da Saúde (LOS): Lei Nº 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.

_____. **Lei Orgânica da Saúde de nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 dez. 2005. Seção I. p. 80-81.

_____. **Portaria nº 2.488**: de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48-55.

_____. **Resolução nº. 218**: de 06 de março de 1997. Regulamentação das profissões de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 mai. 1997. Seção 1, p. 8932-33.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de mama**: documento do consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____. Dez anos de Saúde da Família no Brasil. **Informe da Atenção Básica**, Brasília, DF, ano 5, n. 21, mar./abr. 2004.

_____. Portaria nº 3.535/GM, de 2 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 14 out. 1998. Seção I. p. 53-54.

MINISTRY OF HEALTH. **Interim report on the future provision of medical and allied services**. London, 1920. Disponível em: <<http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>> Acesso em: 25 dez. 2011.

MOTTA, A. E. et al. **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

NASCIMENTO, A. Contexto histórico: a pré-constituente da saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília, 1986. **Relatório**. Brasília/DF: RADIS : ENSP : FIOCRUZ, 2001. Disponível em: <<http://www.universidadesaudavel.com.br/wp-content/uploads/leitura/Relatorio-VIII%20CNS.pdf>> Acesso em: 11 set. 2011.

NEGRI, B.; VIANA, A. L. A. (Org.). **O SUS em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime : Cealag, 2003.

OLIVEIRA, C. A. H. S. O estágio supervisionado na formação profissional do assistente social: desvendando significados. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 25, n. 80, p. 59-81, nov. 2004.

OMS. <Disponível em: <http://www.who.int/en/>> Acesso em: 12 jun. 2010.

OPAS. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/>> Acesso em: 10 mar. 2010.

_____. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, 1978. Disponível em: <<http://www.afro.who.int/pt/centromedia/eventos/details/197.html>>. Acesso em: 16 set. 2010.

OPAS. OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <<http://brasil.campusvirtualsp.org/node/180975>> Acesso em: 25 nov. 2011.

OTTO, S. E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2009.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp. p.73-78, 2006.

PALMA, D. **A prática política dos profissionais: o caso do Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 1986.

PARADA, R. et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 199-206, 2008.

PASSOS. In: WIKIPEDIA: a enciclopédia a livre. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Passos_%28Minas_Gerais%29>. Acesso em: 20 dez. 2011.

PAULO NETTO, J. A construção do projeto ético-político. In: **CAPACITAÇÃO em Serviço Social e política social: crise contemporânea, questão social e serviço social.** mod. 1. Brasília, DF: CFESS :ABEPSS : CEAD: Ed. UNB, 1999.

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

PERES, Laerte Aparecido. **Breve histórico das políticas de saúde deste século no Brasil.** Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/polsaude.html>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural**, Belo Horizonte, 2001. Disponível em: <http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2011.

PONTES, R. N. **Mediação e Serviço Social: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo serviço social.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

QUEIROZ, J. J. **Ética no mundo de hoje.** São Paulo: Paulinas, 1984.

QUEIROZ, M. I. P. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In: VON SIMSON, O. M. (Org.). **Experimentos com histórias de vida (Itália-Brasil).** São Paulo: Vértice, 1988. (Enciclopédia aberta de ciências sociais, v. 5).

RAMOS, C. L. Conselhos de saúde e controle social. In: EIBENSCHUTZ, C. **Política de saúde: o público e o privado.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1996.

REZENDE, I.; CAVALCANTI, L. F. **Serviço Social e políticas sociais.** Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2008.

RIVERA, F. J. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico.** São Paulo: Cortez, 1989.

RODRIGUEZ, Vicente. Descentralização e Políticas Públicas: o público e o privado na educação. **Educação: teoria e prática**, Rio Claro, v. 19, n. 32, p. 111-126, 2009.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

_____.; SOUZA, E. C. F. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: ODONTOLOGIA social: textos selecionados. Natal: Ed. UFRN, 1998.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec : Ed. UNESP, 1994.

SANGLARD, G. **Entre os salões e o laboratório: Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SANTA BÁRBARA ENGENHARIA. **Instituto Nacional do Câncer**. Disponível em: <<http://www.santabarbarasa.com.br/Cmi/pagina.aspx?82&codigo=82>>. Acesso em: 29 nov. 2011.

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS. Disponível em: <<http://www.scmp.org.br/breve-historico>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

SARRETA, F. O.; BERTANI, I. F. A construção do trabalho em equipe do Serviço Social no SUS de Franca/SP. In: OLIVEIRA, C. A. H. S.; BERTANI, I. F. (Org.). **Interdisciplinaridade: integração entre saberes e práticas**. Franca: Ed. UNESP, 2006.

_____. O Pólo de Educação Permanente em Saúde e a construção de estratégias coletivas para a formação de trabalhadores no SUS. **Serviço Social & Realidade**. Franca, v. 14, p. 177–195, 2005.

SAUDE PÚBLICA BRASIL. **Portal de revistas**. Disponível em: <<http://revistassp.bvs.br>> Acesso em: 11 mai. 2011.

SBPO. Disponível em: <<http://www.sbpo.org.br/>>. Acesso em: 14 fev. 2010.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, n. 2, p. 153-158, mar./abr. 2008.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n.16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, R. R. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. In: PIERANTONI, C. R.; VIANNA, C. M. M. (Org.). **Gestão de sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Segrekar, 2003.

SPOSATI, A. O. (Org.). **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão de análise**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SPOSATI, A. O.; FALCÃO, M. C. **A assistência social brasileira: descentralização e municipalização**. São Paulo: EDUC, 1990.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO : Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, L. A. O câncer na mira da medicina brasileira. **Revista Brasileira de História da Ciência**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 104-117, jan./jun. 2009.

_____. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 13-31, 2010.

_____.; FONSECA, C. M. O. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

_____.; PORTO, M. A.; NORONHA, C. P. **O câncer no Brasil: passado e presente**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012.

_____.; PORTO, M.; HABIB, P. A. B. B. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 375-380, 2012.

TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989.

VARGAS, J. D. **História das políticas públicas de saúde no Brasil: revisão da literatura**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.essex.ensino.ub.br/doc/PDF/PCC_2008_CFO_PDF/CD52%201%BA%20Ten%20AI%20JEFERSON%20DUTRA%20DE%20VARGAS.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2011.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativa na área de saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

VIANA, N. A Constituição das Políticas Públicas. **Revista Plurais**, Anápolis, v. 1, p. 94-112, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 1998: life in the 21st century a vision for all**. Geneva, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro provisório para a entrevista

ROTEIRO PROVISÓRIO PARA AS ENTREVISTAS

Roteiro de entrevista semi-estruturada junto aos profissionais de saúde das equipes de ESF – Equipe Saúde da Família (médico e enfermeiro)

Data: ____/____/____

Equipe Saúde da Família: _____

Caracterização do Profissional:

Categoria profissional: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Tempo de trabalho na área da saúde: _____ Tempo de trabalho na ESF: _____

Recebeu alguma capacitação na temática Câncer? Sim () Não ()

Questões norteadoras:

1. Como é o seu trabalho na ESF? Quais os pontos positivos e os pontos negativos da ESF? Em relação aos recursos materiais e aos profissionais, quais são as facilidades e as dificuldades que você vive no seu trabalho?
2. O que você acha do ESF? Como e quando você acha que os princípios do ESF aparecem no seu dia-a-dia, na assistência que você presta? Em sua opinião o ESF funciona na sua população?
3. Descreva as características da população usuária da ESF (condições de vida, renda, escolaridade, cultura, condições de trabalho, condições de saúde).
4. Como é feito o atendimento ao paciente com suspeita de neoplasia? Ele tem prioridade? Os exames para diagnóstico são feitos com agilidade?
5. Como se dá o sistema de referência e contra-referência entre a UBS e o serviço especializado em oncologia?
6. Quais as estratégias usadas para atendimento do paciente em tratamento no serviço de oncologia?
7. Você conhece a Política Nacional de Atenção Oncológica? Comente.

8. Na linha de cuidados do câncer, a atenção primária à saúde tem responsabilidade quanto a ações de promoção e prevenção a saúde. Quais são realizadas pelo ESF?
9. Você acredita que com a promoção, prevenção e detecção precoce podem diminuir o número de mortes causadas por câncer no Brasil?
10. Dê sua opinião sobre câncer, detecção, tratamento, prevenção, promoção, cuidados. O que pode ser mudado? O que o ESF pode fazer quanto a isso?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

NOME DO PARTICIPANTE:

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/____. IDADE: ____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: TIPO: ____ Nº _____ SEXO: M () F ()

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____ FONE: _____.

Eu, _____, declaro, para os devidos fins ter sido informado verbalmente e por escrito, de forma suficiente a respeito da pesquisa: **“Política Pública de Saúde: A atenção básica na detecção precoce e prevenção do câncer”**. O projeto de pesquisa será conduzido por **Rosely de Melo Grillo Souza**, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (mestrado), orientado pelo **Prof. Dr. José Walter Canoas**, pertencente ao quadro *docente* **Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais”**. Estou ciente de que este material será utilizado para apresentação de: **Dissertação**, observando os princípios éticos da pesquisa científica e seguindo procedimentos de sigilo e discricção. Descrição: **Objeto: Detecção Precoce e Prevenção do Câncer na Saúde Pública. Objetivo: Analisar o papel das Políticas Públicas de Saúde na prevenção e detecção do câncer, apontando os entraves na atenção básica, visando à construção de estratégias adequado as exigências advindas do cenário da saúde. Metodologia: Pesquisa exploratória. Método: Dialético, pelo seu potencial explicativo. Local da Pesquisa: Passos/MG. Sujeitos: 17 Programas Saúde da Família do município de Passos/MG. Coleta dos dados: Emprego de entrevistas semi-estruturadas, com roteiro pré-estabelecido; Registros hospitalares do Hospital do Câncer como fontes de informação e dados estatísticos. Análise dos dados: Análise crítico-reflexiva. Resultados Esperados: Construir uma análise crítica sobre o atendimento de saúde na detecção precoce e na prevenção do câncer no município de Passos.** Fui esclarecido sobre os propósitos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados e riscos e a garantia do anonimato e de esclarecimentos constantes, além de ter o meu direito assegurado de interromper a minha participação no momento que achar necessário.

Franca, ___ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Pesquisador Responsável

Nome: Rosely de Melo Grillo Souza

Endereço: Rua Sebastião Benedito de Andrade, 102, Jd Canadá. Passos/MG

Tel: (35) 9857-7386 / 9199-5018

E-mail: roselymgs@ig.com.br

Orientador

Prof. (a) Dr. (a) José Walter Canoas

Endereço: Av. Eufrásia Monteiro Petrágliã, 900, Jd. Petrágliã. Franca/SP.

Tel: (16) 9969-0618

E-mail: jwcanoas@uol.com.br

ANEXOS

ANEXO A – Estimativa 2010 Incidência de Câncer no Brasil

ANEXO B – Política Nacional de Atenção Oncológica

