

O ACESSO NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE MAMA: RELATOS A PARTIR DA ATUAÇÃO DA ASSISTENTE SOCIAL

ACCESS IN ONCOLOGICAL CARE OF WOMEN DIAGNOSED WITH BREAST CANCER: REPORTS FROM THE SOCIAL WORKER'S PERFORMANCE

BERNARDES, Carla Spinola¹
RIBEIRO, Gustavo Zigone de Oliveira²
MOREIRA, Maitê Peccini³

RESUMO:

O presente artigo é fruto da experiência como assistente social residente em atenção ao câncer inserida no hospital de referência em oncologia. O período de vivência na unidade e atendimento ao usuário diagnosticado com câncer foi oportuno para descrever os aspectos observados durante o período de prática e tecer uma análise crítica sobre como manifesta o acesso à atenção oncológica das pacientes diagnosticadas com câncer de mama no hospital de referência do sul do estado do Espírito Santo. No entanto, trata-se de um relato de experiência, descritivo, de natureza qualitativa. Este estudo demonstra a importância da atuação profissional, uma vez que este encontra-se em contato direto com as questões de saúde pública, nas suas mais variadas expressões e forma de acesso pelos sujeitos.

Palavras-chave: Acesso à Saúde; Câncer de Mama no Brasil; Paciente Oncológico.

ABSTRACT

This article is the result of the experience as a social worker resident in cancer care inserted in the reference hospital in oncology. The period of experience in the unit and care for the user diagnosed with cancer was opportune to describe the aspects observed during the practice period and make a critical analysis of how access to cancer care of patients diagnosed with breast cancer manifests in the referral hospital

¹ Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES – carlaspinolabernardes@gmail.com

² Orientador: Enfermeiro Mestre em Administração de Empresas pela FUCAPE-ES. Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim- ES - gustavo.ribeiro@heci.com.br.

³ Co-Orientadora: Especialista em Atenção ao Câncer pelas Instituições Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-HECI e Centro Universitário São Camilo-ES, graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo. Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES - maitepeccinim@hotmail.com.

of the south of the state of Espírito Santo. However, it is an experience report, descriptive, of a qualitative nature. This study demonstrates the importance of professional performance, since it is in direct contact with public health issues, in its most varied expressions and form of access by the subjects.

Key words: Access to Health; Breast Cancer in Brazil; Oncological patient.

INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, tanto pelo desafio da garantia do acesso pleno e equilibrado da população ao diagnóstico e tratamento dessa doença, quanto pelo aumento do crescimento populacional, envelhecimento e prevalência de fatores de risco que estão associados ao desenvolvimento socioeconômico (INCA, 2019).

Segundo as estatísticas de câncer no mundo, foram registrados a ocorrência de 18 milhões de casos novos e 9,6 milhões de óbitos em decorrência desta patologia. Entre os cânceres com maior incidência mundial encontram-se o de pulmão (2,1 milhões), seguido pelo câncer de mama (2,1 milhões), cólon e reto (1,8 milhão) e próstata (1,3 milhão) (INCA, 2019).

No Brasil, o número estimado de novos casos de câncer previsto para cada triênio 2020-2022 é de 625 mil casos (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma). Sendo o mais incidente o câncer de pele não melanoma (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil) (INCA, 2019).

Logo, ao analisarmos a categoria sexo, os tipos de câncer mais frequentes em homens, à exceção do câncer de pele não melanoma, serão próstata (29,2%), cólon e reto (9,1%), pulmão (7,9%), estômago (5,9%) e cavidade oral (5,0%). Nas mulheres, exceto o câncer de pele não melanoma, os cânceres de mama (29,7%), cólon e reto (9,2%), colo do útero (7,4%), pulmão (5,6%) e tireoide (5,4%) configurarão entre os principais (INCA, 2019).

A distribuição da incidência por região geográfica mostra que a Região Sudeste concentra mais de 60% da ocorrência seguidas pelas Regiões Nordeste (27,8%) e Sul

(23,4%). Existe, entretanto, grande variação na magnitude e nos tipos de câncer entre as diferentes Regiões do Brasil. Nas Regiões Sul e Sudeste, o padrão da incidência mostra que predominam os cânceres de próstata e mama feminina, bem como o de pulmão e de intestino. A Região Centro-Oeste, apesar de semelhante, incorpora em seu perfil o câncer do colo do útero e o de estômago entre os mais incidentes. Nas Regiões Norte e Nordeste, a incidência do câncer do colo do útero e de estômago tem impacto importante, apesar de também apresentarem os cânceres de próstata e mama feminina como principais nessa população. A Região Norte é a única do país onde as taxas de câncer de mama e colo do útero se equivalem entre as mulheres (INCA, 2019).

Com isso, é possível verificar que o câncer de mama no qual o presente estudo se atentará, é visto como câncer mais comum no Brasil e no mundo entre população feminina, chegando a uma estimativa de 66.280 casos novos para cada ano do triênio 2020-2022, o que corresponde a um risco estimado de 61,61 casos novos a cada 100 mil mulheres no Brasil (INCA, 2019).

Segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade da Secretaria de Saúde do Espírito Santo, somente no ano de 2019 foram registrados 361 óbitos de câncer de mama feminino, sendo este o maior causador de morte por câncer no Estado. De acordo com os dados, no período de janeiro a agosto de 2020, o Espírito Santo registrou 898 casos de câncer de mama, superando a quantidade estimada pelo Relatório do Instituto Nacional do Câncer, no qual apontou 790 novos casos de câncer de mama feminino para o ano de 2020 (Espírito Santo, 2020).

O crescimento da taxa de mortalidade desta patologia vem sendo observado desde a década de setenta, quando o câncer de mama assume a posição de principal causa de morte por câncer em mulheres. A mortalidade é maior, principalmente, em “regiões onde a incidência é elevada e os recursos médicos para um diagnóstico precoce e tratamento adequado são de difícil acesso ou mesmo inexistentes” (OLIVEIRA et al., 2011, p. 1).

Isto posto, cabe ressaltar que a política pública de saúde no país tem sido caracterizada por uma realidade marcada pela negação de seus princípios norteadores: a universalidade, uma vez que nem todos a acessam em todos os seus níveis de complexidade; a integralidade, na medida em que as políticas públicas e

mesmo os programas da área da saúde não “conversam”, e o usuário do sistema é visto apenas em sua doença; e a equidade, já que os sujeitos, em grande parte, não são atendidos em suas necessidades.

Tais dificuldades podem ser correlacionadas com o processo de sucateamento e desconstrução das políticas públicas no Brasil, como fruto da implementação do ideário neoliberal que tem como consequência um projeto de “contrarreforma conservadora regressiva”⁴ (BEHRING, 2008, p. 171), desenvolvido pelo Estado em consonância com interesses do capital, o que inclui um processo crescente de precarização da saúde pública.

Com isso, a área da saúde é confrontada com um contexto socioeconômico marcado por processos associados à reestruturação do capitalismo e por propostas de ajustamento, assentadas em bases neoliberais, acarretando uma diminuição do investimento, bem como a redução das responsabilidades assumidas pelo Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Nesse sentido, depara-se com um contexto marcado por expressivas perdas para a classe trabalhadora, no qual o adoecimento se manifesta através da precariedade das condições de vida, de trabalho e das dificuldades de acesso às políticas de proteção social. Isso gera grande dificuldade no acesso dos serviços básicos, o que “acarreta atrasos na definição de diagnósticos, demora no início do tratamento e questões atreladas, na maioria das vezes, a quadros de extrema pauperização desta população” (ALCANTARA; VIEIRA, 2013, p. 335).

Portanto, a importância da identificação das políticas públicas com os direitos sociais, decorre do fato desses direitos terem como perspectiva a equidade, a justiça social, e “permitirem à sociedade exigir atitudes positivas e ativas do Estado para transformar esses, a participação do Estado, seja como regulador, seja como provedor ou garantidor de bens públicos como direito, é considerada fundamental” (PEREIRA, 2008, p.102).

⁴ Segundo Behring (2008, p. 171) a contrarreforma é entendida como um conjunto de mudanças, ajustes e direcionamentos que não estruturaram-se de maneira positiva do ponto de vista de melhorias substanciais na qualidade e modo de vida da sociedade. Muito pelo contrário, visualizamos um processo de aprofundamento das dificuldades e percalços que historicamente assolaram a classe trabalhadora.

Como forma de reduzir a mortalidade de câncer de mama feminino, o “Ministério da Saúde do Brasil, por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), estabeleceu desde a década de 1990, políticas no intuito de estruturar uma rede assistencial para estimular a detecção precoce e o tratamento do câncer de mama” (TRALDI, et al., 2016). Assim, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é organizada no Brasil, de maneira a possibilitar o provimento contínuo ações de atenção à saúde da população, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde (SOUZA et al., 2019).

Como forma de garantir o acesso ao tratamento do câncer, foi aprovada em 2012, a Lei nº 12.732, que estabelece o tempo de 60 dias para o início do tratamento, e mais adiante a aprovação da Lei 13.896, no dia 30 de outubro 2019, que estabelece que os exames necessários para a confirmação do diagnóstico de câncer sejam realizados no SUS no prazo máximo de 30 dias. A lei incluiu um parágrafo na já existente Lei nº 12.732/2012 conhecida como Lei dos 60 Dias, que estabelece prazo máximo de 60 dias para o início do tratamento pelo SUS (SOUZA et al., 2019).

A discussão acerca do debate sobre o acesso na atenção oncológica das pacientes diagnosticadas com câncer de mama, encontra-se diretamente relacionada com o exercício profissional do assistente social, uma vez que este encontra-se em contato direto com as questões de saúde pública, nas suas mais variadas expressões e forma de acesso pelos sujeitos.

Dessa forma, o presente trabalho permitirá analisar a organização dos serviços de atenção oncológica, por meio do relato de experiência, vivenciada enquanto assistente social, inserida no programa de Residência Multiprofissional do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim no eixo de Atenção ao Câncer, durante a prática realizada no setor de quimioterapia, radioterapia e clínica oncológica.

O objetivo desse estudo consiste em descrever os aspectos observados durante o período de prática e tecer uma análise crítica sobre como manifesta o acesso à atenção oncológica das pacientes diagnosticadas com câncer de mama no hospital de referência do sul do estado do Espírito Santo.

METODOLOGIA

Este artigo trata-se do relato de experiência a partir da percepção vivenciada durante a prática profissional como assistente social no Programa de Residência Multiprofissional da área de concentração de Atenção ao Câncer, no hospital de referência em oncologia do sul do estado do Espírito Santo, através da abordagem com pacientes diagnosticadas com câncer de mama.

Este estudo é caracterizado como descritivo, por se tratar de característica de um dado fenômeno a partir da observação e das opiniões, atitudes e crenças de uma dada população. O mesmo também se fundamenta no método dialético, que consiste nas “bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas e culturais” (GIL, 2008, p. 33).

Durante sua construção buscou-se apreender as contradições do objeto de estudo em sua historicidade, atentando-se particularmente para as articulações ideopolíticas da proteção social das mulheres no que se refere ao acesso aos serviços de tratamento do câncer de mama em um hospital de referência.

Para produção deste artigo foi utilizado às informações contidas no registro de diário de campo e observação dos atendimentos realizados por meio do estudo social com pacientes diagnosticadas com câncer de mama, nos meses de março a novembro de 2020, nos espaços de quimioterapia, radioterapia e clínica oncológica, que compõem os setores de oncologia do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-HECI.

Como forma de atingir o objetivo deste trabalho, optou-se pela abordagem qualitativa, que permite observar e aproximar dos significados e particularidades do objeto em investigação. Sendo considerado melhor método a ser aplicado em uma pesquisa social que visa trabalhar com as subjetividades humanas, pois permite uma apropriação dos significados, crenças, valores e atitudes inerentes as relações sociais (MINAYO, 1993).

Para o embasamento teórico da pesquisa foi necessário realizar uma revisão bibliográfica narrativa que consistem em

[...] artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual. [...] Este método desenvolve o estado da arte da investigação sem preocupação com padrões rígidos e sistemáticos, possuindo liberdade para realizá-lo no trajeto de busca e na reflexão crítica da literatura (ROTHER, 2007, p.1).

O processo de coleta de material para dar subsídio para este estudo se deu através do amplo acesso de artigos, dissertações, teses e trabalhos de conclusão de curso que tratam sobre o assunto para melhor fundamentação teórica que envolve o objeto do estudo proposto.

Por fim, para realização do referencial de análise deste estudo foi adotado a teoria social de Marx através do embasamento do materialismo histórico dialético, por ser uma “teoria de referência de formação do Serviço Social, considerada o caminho mais fecundo para o conhecimento dos fenômenos da vida social, tendo em vista que busca captar esses fenômenos em sua dimensão de totalidade” (BALDIOTI, 2013, p. 33). Tal teoria, é capaz de fornecer elementos para debater e analisar a composição da “sociedade burguesa de forma crítica e histórica, a partir da compreensão do ser social e das formas como este ser produz e se reproduz no contexto das relações sociais” (BALDIOTI, 2013, p. 33).

O ACESSO A SAÚDE E A REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO BRASIL

Para melhor apreender sobre como manifesta o acesso à atenção oncológica das pacientes diagnosticadas com câncer de mama feminino, é relevante iniciar o debate com a definição do conceito de acesso à saúde, através das discussões de autores referenciados no assunto. No entanto, buscaremos nos atentar as definições trazidas por cada autor levando em consideração suas concepções sobre a definição de acesso à saúde.

Para Jesus e Assis (2010), o processo de análise sobre acesso depende de quatro elementos: economia, técnica, simbólica e política. Sendo a economia a perspectiva na relação entre oferta e demanda, a técnica na definição de fluxo e resolubilidade dos serviços de saúde, a política por meio da conformação histórica do

modelo de atenção à saúde e a simbólica que refere sobre a participação dos sujeitos e a representações sociais no processo saúde-doença. Assim, o autor entende que para alcançar o acesso é necessário a articulação entre os quatros elementos como forma de garantir a materialização das ações e o alcance do acesso aos serviços de saúde.

Na visão de Oliveira (2008), o acesso é considerado como sendo um direito de uso de bens e serviços no campo da saúde, encarados como fundamentais para a manutenção da necessidade humana, sem que haja qualquer dificuldade física e financeira para o seu alcance.

Campos (1992), afirma que o acesso é um elemento do pensamento transformador do sistema de saúde voltado para as necessidades socialmente e orientadas pela consciência sanitária. Pode-se dizer que o acesso é aderido como um termo complexo e reflete no desenho da política pública e da política em geral.

Travassos e Martins (2004) compreendem acesso tanto pelo contato direto que se dá por meio da marcação de consultas e hospitalização, quanto pelo contato indireto através da realização de exames preventivos e diagnósticos com os serviços de saúde. Nota-se que a concepção trazida por Travassos e Martins se aproxima com o sentido etimológico da palavra acesso, tendo em vista seus significados no qual relaciona acesso ao ato de ingressar, entrar, chegar e alcançar algo.

Nota-se, que o direito do acesso universal aos serviços assistenciais de saúde encontra-se também presente nas pautas de discussões das mobilizações dos movimentos sociais e dos trabalhadores, no qual resultou na promulgação da Constituição Federal de 1988, demarcando novos rumos para o sistema de proteção social como possibilidade de concretizar um amplo acesso as políticas sociais, ao instituir a Seguridade Social por meio da articulação da previdência, saúde e assistência social, colocando sob a responsabilidade do Estado a garantia dos direitos humanos e sociais (Tenório, 2014).

Nesse sentido, o direito a saúde se torna materializado pela Constituição Federal de 1988, no qual coloca sobre responsabilidade do Estado a obrigação com as ações com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS, através da regulamentação da saúde pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990. Tais princípios determinam que os programas, as ações e os serviços de saúde devem ser concebidos para propiciar cobertura e atendimento universais, de modo equitativo e integral.

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), verificou-se a formulação de programas e ações no campo da saúde, dentre elas na área da assistência oncológica, por meio da regulamentação da Portaria GM/MS nº 3.535 e nº 3.536 nos anos de 1998, onde estabeleceu critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia e autorização de cobrança de procedimentos ambulatoriais para a realização do tratamento oncológico (MIGOWSKI, 2018).

Ambas as portarias eram limitadas no que tange à organização do fluxo assistencial no âmbito do SUS, além de, no ano seguinte serem credenciadas unidades isoladas de quimioterapia e radioterapia, que contribuíram para a continuidade da fragmentação assistencial (MIGOWSKI et al., 2018, p. 248).

A introdução da integralidade da assistência da rede de atenção à pessoa oncológica, só foi alcançada com a Portaria GM/MS nº 2.439 de 2005, através da criação da Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAO que inseriu no seu “conjunto de ações - além do diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos – a promoção e a prevenção, buscando, dessa forma superar as fragmentações das ações e garantir maior integralidade na assistência” (MIGOWSKI et al., 2018, p. 248).

Ainda em 2005, foram definidos parâmetros para organização de habilitação dos hospitais em oncologia por meio da Portaria SAS/MS nº 741, que suspendeu a habilitação de novos serviços isolados de quimioterapia e radioterapia (MIGOWSKI et al., 2018).

No entanto, mediante a constatação da necessidade de organizar o “sistema de saúde e superar a fragmentação da assistência prestada, o Ministério da Saúde lançou em 2010 as diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde” (MIGOWSKI et al., 2018, p. 248), conhecida como RAS denominada como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológica, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logísticos e de gestão, buscam garantir o direito universal à saúde e a integralidade do cuidado” (MIGOWSKI et al., 2018, p. 248).

O uso das redes de atenção à saúde (RAS) representa uma possibilidade de “ampliação do acesso e de alcance da integralidade na oferta eficiente de ações e serviços, próximos aos locais de residência dos usuários” (BATTESINI et al., 2018, p.2).

A rede oncológica, “historicamente construída, habilitada para o atendimento às pessoas com câncer, abrange unidades de assistência de alta complexidade (UNACON) e centros de assistência de alta complexidade (CACON)” (BATTESINI et al., 2018, p.2). Tanto UNACON como CACON devem oferecer assistência especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico, estadiamento e tratamento. Esses estabelecimentos tem como intuito observar as exigências da Portaria 140/2014 para garantir a qualidade dos serviços de assistência oncológica e a segurança do paciente (INCA, 2019).

Neste estudo, focaremos a nossa análise para a unidade de assistência de alta complexidade (UNACON), uma vez que caracteriza o campo que se quer analisar. Tal seguimento é responsável por operar de forma integrada com a rede de saúde local e regional. “Trata-se de uma unidade hospitalar de prestação de assistência especializada de alta complexidade no diagnóstico e no tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil” (BATTESINI et al., 2018, p.2).

Mediante as alterações ocorridas no SUS, através da formulação da Portaria de Redes de Atenção à Saúde em 2010, o Decreto 7.508 e a Política de incorporação tecnológica, ambos em 2011, fizeram necessária a atualização da PNAO, no qual muda o conceito de atenção oncológica para controle do câncer, conforme adotado pela Organização Mundial da Saúde (BATTESINI et al., 2018).

Diante disso, em 2013, foi lançada a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), que define o câncer como doença crônica prevenível. Com a nova política foram reformulados princípios e diretrizes em consonância com a perspectiva da prevenção, promoção, cuidado integral, vigilância, educação, comunicação e incorporação tecnológica. Também foram reforçada a “responsabilidade dos entes federados nas ações de controle do câncer bem como dos pontos de atenção e sistemas de apoio que compõem a rede de atenção à saúde, descrevendo como as ações devem ser planejadas” (BATTESINI et al., 2018, p. 2) e realizadas, em diferentes níveis de atenção, para garantir a integralidade definida pelo SUS.

A Política Nacional de Atenção Oncológica, instituída em 2005 e atualizada em 2013, reconhece o câncer como problema de saúde pública e define pela Lei nº 12.732, o prazo de 60 dias o tempo de demora entre o diagnóstico e o início do tratamento, e mais atualmente com a aprovação da Lei 13.896, no dia 30 de outubro

2019, que estabelece que os exames necessários para a confirmação do diagnóstico de câncer sejam realizados no SUS no prazo máximo de 30 dias (TRALDI, 2016).

A criação da Política Nacional de Controle do Câncer de Mama (PNRCM) foi criada como resposta do Estado às elevadas taxas de mortalidade por câncer de mama em mulheres e enquanto solução de problemas crônicos de saúde. As ações voltadas para saúde da mulher tiveram seu marco histórico na década de 1980, com a criação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), que visava à atenção a saúde da mulher para além do cuidado gestacional e do parto. A partir de então, foram intensificando as formas de estratégias de rastreamento, campanhas e ações voltadas para o controle do câncer de mama no Brasil, por meio do aumento da cobertura da população-alvo, garantia da qualidade do acesso, desenvolvimento de capacitação, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas (TRALDI, 2016).

Como forma de garantir o fortalecimento, a integração e resolutividade do Sistema Único de Saúde, os gestores dos três entes federados assumiram o Pacto Pela Saúde. “Entre as seis prioridades previstas no Pacto Pela Vida destaca-se o controle do câncer do colo do útero e da mama, visando contribuir para a redução da mortalidade por estes cânceres” (TENÓRIO, 2014, p. 84). No que se entende sobre o controle de câncer de mama, os municípios devem se comprometer a ampliar para 60% a cobertura de mamografia e realizar punção em 100% dos casos necessários conforme o protocolo (Tenório, 2014).

Junto aos avanços nas ações voltadas para este seguimento, encontra-se a criação do Programa Nacional de Controle do Colo do Útero e de Mama, que tem como objetivo,

[...] a ampliação do acesso aos exames de rastreamento (mamografia) da doença com qualidade a todas as mulheres entre 50 a 69 anos, a fim de reduzir ao máximo o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento da doença, de forma a diminuir a mortalidade (Tenório, ano, p. 98).

Junto a este programa está a implantação do Programa de Qualidade de Mamografia para o rastreamento populacional do câncer de mama pelo Ministério da Saúde, com a cooperação de instancias como o INCA, ANVISA, Vigilância Sanitária

e Colégio de Radiologia e Diagnóstico por imagem (CBR), com intuito de garantir a qualidade da mamografia em todos os serviços de mamografia do país (INCA, 2020).

No entanto, apesar desta expansão da assistência oncológica, “persiste o desafio de expandir a média complexidade considerando a rede de atenção com vistas a garantir o diagnóstico oportuno e com qualidade das neoplasias” (MIGOWSKI et al., 2018, p. 247).

Impacto da Proposta neoliberal sobre a Política de Saúde e Repercussão no acesso a Atenção Oncológica

No Brasil, a política neoliberal teve seu início após os anos de 1980, sendo intensificada nos anos de 1990, no qual apresentou uma tensão nos princípios do Keynesianismo, que defendia a intervenção estatal na esfera econômica, na garantia do pleno emprego e nos investimentos sociais. Também repercutiu na concepção denominado como Welfare State que se atenta para intervenção Estatal na redução das desigualdades sociais (BOSCHETTI, 2008).

O pensamento neoliberal apresenta um “discurso que se concretiza por meio das práticas que buscam demonstrar que o Estado é uma instituição ineficaz, deficitária e danosa para o desenvolvimento econômico” (BORLINI, 2010, p. 322). Portanto, o Estado deve restringir-se apenas na manutenção da ordem, da liberdade e da propriedade privada, bem como assegurar condições para o livre mercado. Para os neoliberais, o Estado deve apenas fornecer base legal para que o “mercado livre possa maximizar os benefícios aos homens. Trata-se de um Estado mínimo, sob controle dos indivíduos que compõem a sociedade civil” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 59).

No Brasil, a inserção do neoliberalismo foi em resposta ao contexto econômico da época, permeado pela crise econômica externa e interna, pela disparidade na distribuição de renda e pela explosão de juros e taxas inflacionárias. Diante desse cenário, o neoliberalismo encontra solo fértil no Brasil para adentrar a política econômica e, conseqüentemente, a social. Inicia-se assim uma reconfiguração das

políticas do país, estas sob julgo de capitais externos e ditames de órgãos como FMI e Banco Mundial (BEHRING, 2003, p.147).

Dada a introdução do projeto neoliberal observa-se seus rebatimentos nas políticas brasileiras, na qual tende a intensificar o processo de privatização de empresas estatais, minimização nos gastos para área social, e direcionamento das políticas para focalização, seletividade e descentralização. Vê-se ainda o processo de “contrarreforma do Estado, por meio de medidas neoliberais de desmonte e destruição das conquistas democráticas. Trata-se de uma reformatação do Estado de forma a adaptá-lo ao capital” (BEHRING, 2003, p. 34).

Para Nogueira (1998, p. 16), “o processo de modernização capitalista no Brasil culminou na hipertrofia do Estado e no favorecimento deste em prol de apenas uma classe – a burguesa”. Estando o Estado voltado para o âmbito quantitativo, fiscal e gerenciador, não mais para o âmbito político, participativo e democrático, uma vez que “não se trata de construir, mais sim de desconstruir o Estado” (NOGUEIRA, 1998, p. 16). Assim caberia o Estado a obrigação de seguir as normas do processo de globalização, no qual reduziu a sua participação após a flexibilização e desregulamentação no âmbito político e econômico.

Mediante a desresponsabilização do Estado com as políticas sociais, intensificou o processo de transferência no provimento de serviços essenciais para a vida humana, para organizações sociais, ONGS e entidades filantrópicas, reforçando o trinômio neoliberal de privatização, focalização e descentralização (BERING; BOSCHETTI, 2008).

No que se refere à política de saúde, podemos constatar que a mesma encontra-se emergida por entraves em suas ações, uma vez que a perspectiva neoliberal repercute na “espera de procedimentos mais sofisticados (níveis de atenção de média e alta complexidade), agravam as doenças e mortes evitáveis” (BORLINI, 2010, p. 326). Outro fator que explica esses impasses são dois projetos que encontram-se em disputas, sendo eles nomeados como Projeto Privatista e o Projeto de Reforma Sanitária.

O primeiro está articulado ao mercado, tendo por tendência a contenção de gastos e a descentralização por meio da desresponsabilização do Estado na área social. Seguida também por medidas de focalização, privatização, estímulos ao setor privado. Já o segundo, encontra-se vinculado à democracia e tem por premissa a “atuação de um Estado democrático e de direito, responsável pelas

políticas públicas, mantendo a saúde como direito universal e igualitário, passível de controle social, via participação nos espaços sociais (BRAVO, 2006, p. 54).

Logo, percebe-se, que o cenário apresentado por estes dois projetos repercute nas ações direcionadas do SUS, no qual, na perspectiva neoliberal, o projeto privatista se sobrepõe ao projeto de reforma sanitária.

Nesse sentido, considera-se que o projeto privatista está inteiramente ligado ao projeto neoliberal, uma vez que o mesmo encontra-se vinculado ao mercado, firmado pela política de ajuste, que tem como “tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidades do poder central” (BRAVO; MATOS, 2006, p. 35-36). Com isso, o Estado passa a ser compreendido como responsável por garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores.

Segundo Bravo; Matos (2002) a década de 1990 foi marcada pelo movimento de ruptura com o projeto democrático, iniciado no governo do Collor, com a redução dos gastos com as políticas sociais e boicote na implantação do SUS. Em seguida, durante o governo de Itamar Franco foi marcado pela introdução da descentralização e financiamento das ações do SUS, mas também sobre apoio da área econômica em detrimento da área social. Mas, foi no governo FHC que houve a intensificação do projeto neoliberal na política de saúde, através da demonstração de grupos contrários ao SUS, principalmente no que tange a gestão, orçamento e controle social.

O governo FHC foi marcado pela “transferência das questões públicas de responsabilidade do Estado ao terceiro setor e o repasse de recursos públicos para o setor privado” (MONTAÑO, 2002, p.46). Ainda nessa perspectiva, ocorre a operacionalização das ações da saúde sobre um sistema dual, que por ora se mistura em mix público/privado, no qual requer um Estado provedor da assistência básica e incentivador do setor privado, dando assim, impulso à “reprodução do capital, em que o Estado cabe funções como direcionar financiamento, organizar consumidores e conciliar interesses os produtores privados” (ELIAS, s.d., p. 88).

No governo Lula, embora expectativa com rompimento do projeto privatizante e mercadológico das políticas econômicas e sociais, viu-se o reforço na continuidade das medidas neoliberais, lançadas pelo governo anterior para manutenção dos níveis econômicos.

Assim, as ações do governo Lula continuavam centradas nos interesses do capital, principalmente no que se refere ao financiamento da saúde, através da Desvinculação da Receita da União (DRU) criada pelo governo FHC em 1994, no qual permite que 20% das receitas dos impostos e contribuição da saúde, educação e previdência sejam livremente alocados para o setor econômico com a justificativa de garantir o crescimento econômico.

Nesse mesmo viés, amplia a pressão para extinguir a Emenda Constitucional EC-29, que foi criada no ano de 2000, com a intenção de vincular recursos para a saúde levando em consideração a variação do PIB, através do percentual mínimo de cada esfera do governo para a área da saúde, todavia a emenda não foi levada como prioridade pelo governo Lula, sendo desvirtuada para a lógica da concentração de outras despesas dentro dos recursos da saúde.

Outra medida para a manutenção da economia foi a criação da Lei de Diretrizes Orçamentarias (LDO), que previa que os gastos previdenciários, serviço da dívida e recursos para o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza fossem contabilizados como gastos do SUS. Porém, tal medida foi vetada, mediante mobilização realizada pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Frente Parlamentar da Saúde.

Posteriormente, a saúde sofre novamente outro ataque no seu financiamento, após o lançamento da Emenda Constitucional EC 95/2016, no qual prevê “vários dispositivos que implementaram um novo regime fiscal com um limite para os gastos do governo federal, que vigorará pelos próximos 20 (vinte) anos”, tendo como discurso para sua implementação a necessidade de um novo regime fiscal, “por meio da limitação de gastos e investimentos públicos, especialmente nos serviços de natureza social, como única medida capaz de retomar o crescimento da economia” (MARIANO, 2017, p. 259). Nesse sentido, conclui-se, que “a medida se trata de mais uma tentativa das forças do capital, nacional e supranacional, para manter o Brasil no seu permanente Estado de Exceção econômico, no qual se deseja manter, aliás, toda a América Latina” (MARIANO, 2017, p. 259).

Portanto, o projeto neoliberal gera impacto nas ações criadas pelo governo federal no controle e combate ao câncer de mama, tendo em vista o baixo financiamento para o investimento de políticas públicas voltadas para prevenção e promoção, que permitem condições concretas para sua efetivação, no qual permite a garantia de condições mínimas para o diagnóstico precoce de cânceres com “potencial de tratamento e cura em estadiamentos iniciais e pela universalização

efetiva – universalidade acompanhada de equidade e integralidade – desses tratamentos e incorporação de tecnologias acessíveis” ao conjunto da população” (SILVA, 2010, p. 180).

RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DA ATUAÇÃO DA ASSISTENTE SOCIAL EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA

A experiência descrita neste trabalho, é fruto da vivência como assistente social residente em atenção ao câncer, inserida no campo de prática no hospital de referência em oncologia do sul do estado do Espírito Santo. A práxis como resultado desse processo permite a discussão acerca do debate sobre o acesso na atenção oncológica das pacientes diagnosticadas com câncer de mama, estando diretamente relacionada com o exercício profissional do assistente social, uma vez que este encontra-se em contato direto com as questões de saúde pública, nas suas mais variadas expressões e forma de acesso pelos sujeitos.

Cabe destacar que para produção deste relato de experiência, foram utilizadas as informações contidas no registro de diário de campo e observação dos atendimentos com as pacientes diagnosticadas com câncer de mama, nos meses de março a novembro de 2020 nos variados setores do hospital, desde a internação na clínica oncológica até os ambulatórios de quimioterapia e radioterapia.

Inicialmente, foi observado que as pacientes diagnosticadas com câncer de mama atendidas pelo serviço social durante o período descrito acima, apresentam uma idade média de 31 a 80 anos, demonstrando maior quantidade de casos na faixa etária dos 50 aos 60 anos de idade.

Isso demonstra que as incidências estão de acordo com documentos de consenso para a detecção do câncer de mama no Brasil, uma vez que as faixas etárias informadas encontram dentro dos requisitos que preconizam para realização do exame clínico das mamas, no qual indica a realização do exame anualmente a partir dos 40 anos e rastreamento mamográfico bienal dos 50 aos 69 anos. Nas mulheres de alto risco, preconiza-se exame clínico e mamografia anuais a partir dos 35 anos (GEBRIM; QUADROS, 2006).

Além disso, constatou-se que a forma de acesso para detecção do diagnóstico pelas pacientes, são em sua maioria iniciadas pelas Unidades Básicas de Saúde de referências das usuárias, pelos planos de saúde e consultas com médicos especialistas ginecologistas e mastologistas através do atendimento particular. Observou-se ainda que durante a trajetória para o fechamento do diagnóstico, que muitas pacientes migram entre o SUS e o particular para a realização de exames de mamografia, ultrassom e ressonância com o discurso de querer “adiantar” e “agilizar” o processo. E nos casos da confirmação do câncer de mama, retornam para o SUS a fim de realizarem o tratamento e acompanhamento com médico oncologista e radiologista.

Dada a importância do acesso precoce ao diagnóstico de câncer de mama, vê-se que os desafios encontrados pelas usuárias se dão pela insuficiência da infraestrutura pública, pela falta de planejamento ascendente, pelas dificuldades com a montagem de redes, na regionalização e os impasses para a mudança dos modelos de atenção e das práticas de saúde também comprometem o acesso universal e igualitário as ações e serviços de saúde. Com isso observa-se a reprodução do “modelo médico hegemônico, centrado mais na doença que na saúde, tratamento que na prevenção ou promoção, no hospital e nos serviços especializados, e menos na comunidade, no território e na atenção básica”, tornando frequente a migração de usuárias das áreas com atendimentos deficientes na busca pela realização de exames particulares (PAIM, 2018, p.1725).

Embora as dificuldades apresentadas, nota-se um aumento nos gastos com Atenção Oncológica nos últimos anos, porém os mesmos encontram-se destinados em sua maioria no custeio com assistência oncológica na Média e Alta complexidade. Se concentrando ainda no pagamento de despesas por tipo de tratamento, evidenciando um maior gasto com quimioterapia, que corresponde a três quartos dos gastos totais, seguida do tratamento de radioterapia e cirurgia (BRASIL, 2011). Percebendo assim, um maior investimento no tratamento, do que em ações preventivas e realização de exames para o diagnóstico do câncer.

Observou-se ainda que a amostra de pacientes atendidas nos setores de oncologia acessou os serviços ainda em estágio inicial da doença e com prognóstico de cura. Tendo em vista que as observações foram iniciadas nos ambulatórios de quimioterapia e radioterapia, onde as pacientes são encaminhadas ao primeiro acesso

ao atendimento com médicos especialistas. Esses resultados também se deram pela procura espontânea das pacientes ao acesso de exames e consultas com médicos particulares para realização imediata do tratamento.

Em relação ao tempo para o acesso ao serviço de oncologia, observou-se, que as mulheres com diagnóstico iniciais levaram em torno de um a dois meses para iniciar o tratamento. Porém, também foram constatados que mesmo pacientes tendo o acesso rápido ao serviço de oncologia apresentaram estágios avançados da doença, por ser considerada uma doença que acomete as pessoas de forma silenciosa. Assim como também, foram observados casos de pacientes que levaram de três a cinco meses para acessar o serviço de oncologia e que encontravam-se em estágio avançado da doença. No qual, segundo relatos das mulheres abordadas durante estudo social, referem dificuldade para o fechamento do diagnóstico de câncer de mama ainda na fase de investigação, uma vez que na própria avaliação médica chegam a ser descartada a possibilidade da presença do tumor maligno. Nesses relatos incluem tanto atuação de profissionais das Unidades Básicas de Saúde quanto profissionais que atendem em clínicas particulares.

Apesar dos esforços com a criação de leis para a garantia do acesso oportuno do tratamento oncológico, o que se vê é um atendimento da rede primária deficiente, apresentando falta do seguimento das diretrizes do SUS, bem como desconhecimento dos profissionais de saúde para detecção precoce do câncer de mama.

Enquanto estratégia para reverter essa realidade é necessário que os investimentos na Atenção Oncológica estejam em conformidade com as necessidades dos usuários, alocando mais investimentos na prevenção e promoção de saúde, bem como também, na capacitação dos profissionais de saúde, para detecção precoce da doença, além do aprimoramento dos recursos já existentes, ou seja, disponibilizando as equipes de atendimento de forma integrada direcionando-os para o atendimento mais resolutivo.

Portanto, o presente estudo demonstra a importância da atuação profissional de Serviço Social, uma vez que este encontra-se em contato direto com as questões de saúde pública, nas suas mais variadas expressões e forma de acesso pelos sujeitos. No qual demanda um posicionamento profissional permanente na defesa do Sistema Único de Saúde, no intuito de difundir informações e pactuar possibilidades viáveis para

Política Nacional de Saúde nos espaços de participação popular, como forma de viabilização da consumação de direitos e construção de uma política de acesso para todos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo através da experiência cotidiana durante a prática na residência multiprofissional, permitiu a realização da análise crítica sobre o acesso de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, levando em consideração a historicidade e articulações ideopolíticas da proteção social das mulheres no que se refere ao acesso aos serviços de tratamento do câncer de mama em um hospital de referência.

Através dos relatos das mulheres diagnosticadas com câncer de mama, abordadas durante atendimento social no período de março a novembro de 2020, demonstrou que dentre os aspectos que dificultam o acesso em tempo estimado e em estágios iniciais da doença, encontra-se a migração entre o público e privado, que eleva o tempo até a chegada ao tratamento, bem como a diagnóstico preciso do câncer de mama.

Isso posto, observa-se, que o projeto neoliberal repercute no acesso do tratamento oncológico, uma vez que este está centralizado no processo de privatização de empresas estatais, minimização nos gastos para área social, gerando assim impactos na atenção oncológica através dos recortes de gastos na saúde. Tendo em vista, o baixo financiamento para o investimento de políticas públicas que permitem condições concretas para sua efetivação, no qual garante condições mínimas para o diagnóstico precoce de cânceres com “potencial de tratamento e cura em estádios iniciais e pela universalização efetiva – universalidade acompanhada de equidade e integralidade – desses tratamentos e incorporação de tecnologias acessíveis” ao conjunto da população (SILVA, 2010, p.180).

Portanto, o presente estudo demonstra a importância da atuação profissional de Serviço Social, uma vez que este encontra-se em contato direto com as questões de saúde pública, nas suas mais variadas expressões e forma de acesso pelos

sujeitos. No qual demanda um posicionamento profissional permanente na defesa do Sistema Único de Saúde, no intuito de difundir informações e pactuar possibilidade viáveis para Política Nacional de Saúde nos espaços de participação popular, como forma de viabilização da consumação de direitos e construção de uma política de acesso para todos.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, L. S; VIEIRA, J. M. W; Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades. **Textos & contextos** (Posto Alegre), [S.l.], V.12, n.2, p.334-348, dez. 2013.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Relatório de auditoria operacional - Política Nacional de Atenção Oncológica / Tribunal de Contas da União**; Relator Ministro José Jorge. – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011. Disponível em:< <https://docplayer.com.br/4814123-Relatorio-de-auditoria-operacional-politica-nacional-de-atencao-oncologica.html>>. Acesso em 20 de dez. de 2020.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde – formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, MS, 2006. p. 88 – 110.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p. 197- 215.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético político do Serviço social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et al. **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006. p. 5-47.

BALDIOTI, C.M.O. A produção do conhecimento no Serviço Social e sua relação com exercício profissional: **uma análise das dissertações de mestrado em Serviço Social da Universidade de Juiz de Fora**. 2013. 151f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade de Juiz de Fora, Minas Gerais.

BATTESSINI et al. **Uso de programação linear para otimizar o acesso geográfico em redes temáticas de atenção à saúde**. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n7/1678-4464-csp-34-07-e00055017.pdf>>. Acesso em: 10 de set. de 2020.

BEHRING, E.R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BORLINI, L. M. **Há pedras no meio do caminho do SUS – os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil**. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7697/5799>>. Acesso em: 19 de out. de 2020.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando à saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

ELIAS, P. E. Políticas de saúde: Reforma ou contra-reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil. Disponível em: <<http://www.saudepublica.bvs.br/itd/legis/curso/pdf/a08.pdf>>. Acesso em: 19 de set. de 2020.

Espírito Santo. Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo – SESA. **Câncer de mama é a principal causa de óbitos por câncer em mulheres no estado.** Disponível em < <https://saude.es.gov.br/Not%C3%ADcia/cancer-de-mama-e-a-principal-cao-de-obitos-por-cancer-em-mulheres-no-estado>>. Acesso em: 10 de ago. de 2020.

GEBRIM, L. H.; QUADROS, L. G. A. **Rastreamento do câncer de mama no Brasil.** Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n6/31884.pdf>>. Acesso em: 12 de dez. de 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Método e Técnicas de Pesquisa Social.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2019.

JESUS, W. L. A. de; ASSIS, M. M. A. **Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde:** contribuições do planejamento. Ciênc. Saúde coletiva, v.15, n.1, p. 161-170, 2010.

LEWGOY; A.M.B, SILVEIRA; E.M.C. **A entrevista nos processos de trabalho do assistente social.** Disponível em: < <file:///C:/Users/Carla/Downloads/2315-Texto%20do%20artigo-13696-2-10-20110818.pdf>>. Acesso em: 05 de fev. de 2020.

MARIANO, C. M. **Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos:** Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. Disponível em: < [file:///C:/Users/Carla/Downloads/50289-195745-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Carla/Downloads/50289-195745-1-PB%20(2).pdf) >. Acesso em: 09 de jan. de 2020.

MIGOWSKI et al. **A atenção oncológica e os 30 anos do sistema único de saúde.** Disponível em:< https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_64/v02/pdf/14-artigo-de-opinioa-a-atencao-oncologica-e-os-30-anos-do-sistema-unico-de-saude.pdf>. Acesso em: 10 de set. de 2020

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 1993.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. São Paulo: Cortez, 2002.

NOGUEIRA, M. A. **As possibilidades da política – ideias para a reforma democrática do Estado**. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

OLIVEIRA, E. X. G. et al. **Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, fev, 2011.

OLIVEIRA, F. de. Política numa era de indeterminação: opacidade e reencantamento. In: OLIVEIRA, F. de; RIZEK, C. S. (Org.). **A era da indeterminação**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2008.

PAIM, J.S. **Sistema único de saúde (SUS) aos 30 anos**. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1723.pdf>>. Acesso em: 19 de set. de 2020.

PEREIRA, T. M. D. **O guarda espera um tempo bom: a relação de custódia e o ofício dos inspetores penitenciários**. 2006. 365 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

ROTHER, E. T. **Revisão sistemática x revisão narrativa**. Acta paulista de enfermagem. São Paulo, 2007.

SILVA, L. B. **Condições de vida e adoecimento por câncer**. Disponível em: <[file:///C:/Users/Carla/Downloads/18212-Texto%20do%20artigo-76204-2-1020121008%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Carla/Downloads/18212-Texto%20do%20artigo-76204-2-1020121008%20(1).pdf)>. Acesso em: 12 de jan. de 2020.

SOUZA et al. **Acesso ao tratamento da mulher com câncer de mama**. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n122/0103-1104-sdeb-43-122-0727.pdf>>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2020.

TRALDI et al. **Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no sistema público de saúde.** 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-185.pdf>>. Acesso em: 05 de fev. de 2020.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Cad. Saúde Pública. v. 20, suppl. 2, p. S190-S198, 2004.

TENÓRIO, I. M. **Análise da Política Nacional de Controle de Câncer de Mama: Acesso e Acessibilidade aos Serviços Assistenciais de Rastreamento.** Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/12043/1/TESE%20In%c3%aaz%20Maria%20Ten%c3%b3rio.pdf>>. Acesso em: 5 de ago. de 2020.