



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS**  
**FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**  
**CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**MARIANA CRISTINA RODRIGUES ROSA**

**O ASSISTENTE SOCIAL FRENTE AO ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO  
CUMPRIMENTO DA LEI DE 60 DIAS PARA INICIO DE TRATAMENTO  
ONCOLÓGICO.**

**MACEIÓ-AL**  
**2023**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS**  
**FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**  
**CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**MARIANA CRISTINA RODRIGUES ROSA**

**O ASSISTENTE SOCIAL FRENTE AO ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO  
CUMPRIMENTO DA LEI DE 60 DIAS PARA INICIO DE TRATAMENTO  
ONCOLÓGICO.**

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC  
apresentado à Coordenação do Curso de Serviço  
Social – UFAL – como requisito para conclusão  
de graduação, sob orientação do Professora M<sup>a</sup>  
Sandra Barros Lima.

**MACEIÓ-AL**  
**2023**

**Catálogo na Fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

G924m Rosa, Mariana Cristina Rodrigues.

O assistente social frente ao acompanhamento e avaliação do cumprimento da lei de 60 dias para início de tratamento oncológico / Mariana Cristina Rodrigues Rosa. – 2023.

56 f. : il.

Orientadora: Sandra Barros Lima.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social: bacharelado) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2023.

Bibliografia: f. 50-56.

1. Brasil. Sistema único de Saúde. 2. Serviço social. 3. Neoplasias. I.  
Título.

CDU: 364.442.2:616-006.6



## **Folha de Avaliação**

**Autor: Mariana Cristina Rodrigues Rosa**

**Título: O Assistente Social Frente ao Acompanhamento e Avaliação do Cumprimento da Lei de 60 dias Para Início de Tratamento Oncológico.**

## **Membros da Banca**

---

Orientador(a) Profa M<sup>a</sup> Sandra Barros Lima

---

Profa. Dra. Márcia Iara Costa da Silva Rêgo

---

Assistente Social Especialista, Sr. Ewerton Rodrigues

Aos professores (a)s, orientador (a), e todos que  
contribuíram para a construção deste trabalho.

## **Agradecimentos**

Agradeço e dedico esta monografia às pessoas que sempre me incentivaram, ajudaram e deram apoio durante minha jornada acadêmica, a minha querida avó Sra. Maria Rodrigues da Silva, que sempre me instruiu a trilhar o caminho do conhecimento, infelizmente não pode me ver conquistando mais um sonho, mas sei que estaria orgulhosa de mim. A minha mãe, Sra. Wilma Rodrigues da Silva que sempre batalhou e trabalhou durante anos para me manter e dar condições suficientes para que eu pudesse estudar. Agradeço ao meu cônjuge Sr. Jilian Pereira dos Santos que me motivou a não desistir da conclusão deste trabalho. A minha supervisora de estágio curricular obrigatório, a Sra. Gerusa Gonçalves, que, durante todo o período do estágio, me incentivou e mostrou a realidade dos assistentes sociais, inseridos dentro de um Centro de Alta Complexidade em Oncologia.

“O câncer é uma doença que destrói o corpo de uma pessoa, mas não consegue destruir o sonho de quem luta pela vida.”

Jose Guimarães e Silva

## RESUMO

O aumento das doenças crônicas no mapa mundial da saúde revela os desafios e enfrentamentos do estado em lidar diretamente na construção de medidas e políticas de assistência à saúde. O câncer, como o segundo maior causador de mortes no mundo, gera milhões de gastos ao governo e paradigmas sociais e econômicos à sociedade que convive com essa doença há anos. O Estado é o principal responsável por garantir os direitos sociais básicos aos cidadãos. Desde a constituição brasileira de 1988, ficou definido judicialmente, dentro da legislação, que o direito à Saúde faria parte da construção da única política pública de direito universal, nascendo assim o Sistema Único de Saúde – SUS. Dentro dele o diagnóstico, tratamento e acompanhamento deve ser tratado com o máximo de agilidade e humanização, para assim resguardar o direito à vida e à saúde. Aos usuários do SUS com diagnóstico de neoplasia em 2012 a criação da Lei nº 12.732 que vai garantir o início de tratamento oncológico em um prazo de 60 dias é um marco nos direitos conquistados aos usuários da saúde do século XXI, destacando a importância do Serviço Social como principal viabilizador dos direitos e no acompanhamento da criação de políticas públicas que atendam as necessidades reais dos usuários do SUS dentro da política de saúde brasileira.

Palavras chaves: Serviço Social; Sistema Único de Saúde; Câncer.

## ABSTRACT

The increase in chronic diseases on the world health map reveals the challenges and confrontations faced by the state in dealing directly with the construction of health care measures and policies. Cancer, as the second biggest cause of death in the world, generates millions of expenses for the government and social and economic paradigms for society, which has lived with this disease for years. The State is the main responsible for guaranteeing basic social rights to citizens, since the Brazilian constitution of 1988, it was judicially defined within the legislation that the right to Health would be part of the construction, of the only public policy of universal law, thus giving rise to the System Unified Health System - SUS, within it diagnosis, treatment and monitoring must be handled with maximum agility and humanization, in order to protect the right to life and health. For SUS users diagnosed with neoplasia in 2012, the creation of Law No. 12,732, which will guarantee the start of oncological treatment within 60 days, is a milestone in the rights achieved for health users in the 21st century, highlighting the importance of Social Service as the main enabler of rights and in monitoring the creation of public policies that meet the real needs of SUS users within Brazilian health policy.

Keywords: Social Work; Health Unic System; Cancer.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CACON – Centro de Alta Complexidade em Oncologia  
CEFESS – Concelho Federal de Serviço Social  
CIASPP – Comissão de Atenção à Saúde das Pessoas com Patologias  
COVID19 – Corona Vírus Disease  
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
DNA – Ácido Desoxirribonucleico  
EUA – Estados Unidos  
RNA – Ácido Ribonucleico  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano  
INCA - Instituto Nacional de Câncer  
LOS – Lei Orgânica da Saúde  
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde  
OPAS - Organização Mundial Pan Americana de Saúde  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONU - Organizações das Nações Unidas  
RAS – Redes de Atenção à Saúde  
SIS – Serviço de Informação de Segurança  
SNC – Serviço Nacional de Câncer  
SSO - Serviço Social  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UF – Unidade de Federação  
UFAL – Universidade Federal de Alagoas  
UNACON – Unidades de Alta Complexidade em Oncologia  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>1. POLÍTICA DE SAÚDE E O CÂNCER: DO RECONHECIMENTO A INTERVENÇÃO</b> .....	<b>13</b>
1.1    Significado e caracterização do câncer .....	13
1.2    Políticas públicas nos primeiros enfrentamentos à doença .....	<b>25</b>
<b>2. O ASSISTENTE SOCIAL E A LEI DE 60 DIAS: UM PANORAMA DA GARANTA DE DIREITOS</b> .....	<b>37</b>
2.1    Serviço Social ante a Lei 12.732/12 .....	37
2.2    Garantia de direitos, o usuário e o SUS .....	43
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>50</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso, teve como principal inspiração a experiência de estágio obrigatório curricular pela Universidade Federal de Alagoas, onde o objeto de estudo em especial foi à lei que assiste o início de tratamento oncológico, de pacientes diagnosticados com câncer.

Pontuamos que a política de saúde pública é um dever do estado e um direito universal de todos, assim sendo, saliento a importância da discussão sobre a criação de políticas que promovem os direitos, direcionadas aos usuários acometidos por neoplasia maligna, e a avaliação do cumprimento da lei que estabelece um tempo limite, de até 60 dias após o diagnóstico, para início de tratamento contra o câncer.

Expondo desta forma a realidade atual do sistema único de saúde, quanto aos interesses dos usuários do SUS, que compõem o quadro de pessoas com doenças crônicas não virais, e as dificuldades enfrentadas pelos usuários para alcançar plenamente seus direitos, além das contradições impostas pela sociedade, quando a política da saúde é negada, ou algum direito é infligido, fazendo com que os usuários recorram muitas vezes por meio de judicialização, para assegurar um acesso que deveria ser resguardado pelo próprio estado de direito.

A dimensão social da saúde é um tema muito debatido atualmente, tendo em vista as consequências que a ausência da mesma pode ocasionar na população, os grandes números de doenças desconhecidas que vem acometendo a sociedade, tornando o mundo um local inseguro cercado de riscos físicos, químicos e biológicos nocivos aos seres humanos. É algo que vem sendo questionado e cobrado por anos pela classe trabalhadora.

Mesmo no Brasil existindo um sistema unificado, de atenção à saúde que preconiza o acesso dos usuários desde o atendimento primário, sabemos que as dificuldades e enfrentamentos da população mais carente se sobressaem, a falta de recursos humanos e materiais dos programas de assistência à saúde pública. O que nos faz refletir se o Sistema Único de Saúde estaria preparado para atender todas as demandas, e novos casos de câncer que aumentam a cada ano, a possibilidade de colapso no SUS é uma problemática real, podendo causar graves consequências sociais a um país como o Brasil.

De acordo com dados da Fiocruz os gastos com tratamento oncológico durante a pandemia em 2022 chegaram a um total de R\$ 4 bilhões “divididos em tratamento

ambulatorial (77%), cirurgias (13%) e internações (10%)” (Fiocruz, 2023). Esses dados expõem o quadro de agravamento dos recursos destinados aos pacientes oncológicos, durante o período em que o Brasil passou pela pandemia da SARS-CoV-2 (COVID-19), cortes na saúde e a precarização do Sistema Único de Saúde, reflexões acerca da Lei 12.732<sup>1</sup>, e o papel dos Assistentes Sociais frente à problemática, do não cumprimento dos direitos ao acesso de pacientes oncológicos, no Sistema Único de Saúde dentro do prazo estipulado, serão tratados no decorrer deste trabalho.

Abordaremos o que é câncer/neoplasia e de que forma ele afeta o paciente, quais foram as leis e programas que beneficiaram o acesso e o tratamento das pessoas que são diagnosticadas com alguma variação da doença. Fazemos na segunda seção a reflexão de como o Assistente Social está inserido na área da saúde, e as dificuldades e enfrentamentos que são encontrados durante o exercício profissional. Os obstáculos que o Sistema de Saúde pública brasileira enfrenta até os dias atuais, e a importância de implementar as políticas de atenção à saúde voltada aos pacientes oncológicos. Trazendo um panorama de como ficaram os índices de usuários com câncer, na garantia do acesso ao tratamento oncológico, ates dos 60 dias com a implementação da lei 12.732/2012, considerando o tempo hábil para início de tratamento, como um dos obstáculos que vem interferindo diretamente nos processos e etapas para a melhora, cura e até mesmo na mortalidade pela doença.

---

<sup>1</sup> Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. (PLANALTO, 2012)

## **1. POLÍTICA DE SAÚDE E O CÂNCER: DO RECONHECIMENTO À INTERVENÇÃO.**

De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer (2011), vem ocorrendo no Brasil uma mudança significativa nos últimos séculos, das doenças epidemiológicas. Quando chegamos nos dados de mortalidade, o câncer é uma das doenças citadas de grande relevância para esses estudos, e é um dos principais responsáveis por essa mudança, no perfil epidemiológico de doenças não transmissíveis dos brasileiros.

Estudos atuais revelam que o câncer, passa a ocupar uma porcentagem alta de diagnósticos, principalmente em pessoas em faixa etária idosa, proveniente do envelhecimento populacional no Brasil, e de outros fatores predominantes da qualidade de vida e habituais da população. O aumento de casos da doença, vem aumentando em grandes proporções, trazendo o aumento da demanda de usuários que necessitam de tratamento, e acesso a estes por meio do sistema de saúde.

Leva então ao estado, a preocupação em adotar medidas que sejam efetivamente eficientes, para que o atendimento as estas demandas sejam preconizadas, diante dos direitos judiciais a prioritários para início de tratamento, aos pacientes diagnosticados com câncer, a partir da confirmação da doença em prontuário médico. Levando em consideração a criação de Leis, que ajudem aos usuários acessarem as formas de tratamento, em tempo hábil para que a doença seja tratada de forma eficaz e tenha mais probabilidade de cura.

## 1.1 Significado e Caracterização do Câncer

A palavra Câncer vem do grego karkinos ou “caranguejo”, quem o nomeou foi o médico Hipócrates, que ao analisar os tumores percebeu que seus vasos se assemelhavam com o formato de um caranguejo com patas, pois seriam os vasos que rodeiam o tumor. Essa comparação foi relatada em um livro que é considerada a biografia da doença, seus exemplares obtiveram recordes de vendas de acordo com Yarak nos Estados Unidos e Inglaterra em 2012 com o título “O Imperador de todos os males” (Yarak et al., 2023). Outra palavra grega de significado parecido com o câncer é “onkos” termo este que servia para falar sobre uma massa, ou fardo. É um termo utilizado para designar tumores e neoplasias de características malignas.

**Fig. 1** – Caranguejo e Neoplasia Maligna



**Fonte:** Espaço Funcional (2022)

É importante pontuar como característica que define o câncer, é a potencialização de células anormais, que crescem além de seus limites habituais. Conforme demonstrado na imagem acima, esse crescimento desproporcional pode invadir partes adjacentes do corpo e se espalham para outros órgãos, é o processo de metástase.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS/2020), o câncer faz parte do grupo de doenças crônicas não virais, que entre os anos de 2000 a 2019 passaram a ocupar a classificação entre as “10 principais causas de morte no mundo”, dando ênfase nos índices cada vez mais altos de diagnósticos da doença. Entre essa classificação estão também as doenças cardiovasculares, como a diabetes, hipertensão e as doenças respiratórias crônicas.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer, o surgimento da doença ocorreu por meio de uma mutação genética que propicia alterações no DNA da célula. Os especialistas

consideram o câncer como uma doença antiga, pois conforme os autores Arnal, Roche e Thomas (2021), pode ser avaliado que o câncer tenha pelo menos 500 milhões de anos de existência, e que foi criando caráter evolutivo dentro do sistema multicelular.

Esta afirmativa partiu da teoria do cientista Charles Darwin<sup>2</sup>, que acreditava na evolução do reino animal, como caráter de adaptação e desenvolvimento. E que por essa mesma linha de raciocínio, ao ser observado os autores acreditam que esses estudos mudaram a visão que os cientistas, biólogos e oncologistas tinham sobre a doença, mudando as perspectivas de estudos para um caráter evolucionista do câncer.

Esses estudos foram cruciais para que hoje, tivéssemos informações suficientes para entender como a doença acontece, e de que forma ela se desenvolve dentro do organismo humano. O que ajuda a sociedade a identificar os sintomas e reações, e até mesmo desconstruir pensamentos arcaicos sobre o assunto.

De acordo com Mukherjee (2012), os primeiros relatos de aparecimento da doença se deu na antiga sociedade egípcia, o que comprova que a doença já estava presente desde a antiguidade nas civilizações. O que indica que o câncer, possui um contexto prolongado de estudos.

Um dos primeiros registros de câncer existentes é um papiro egípcio do século 7 a.C. O documento, traduzido em 1930, contém os ensinamentos do grande médico Imhotep: são relatos de enfermidades que assolavam a população, entre as quais “massas salientes no peito [...] que se espalham (Mukherjee, 2012, p.31).

Estes termos utilizados pela medicina primitiva, foram de extrema importância para os primeiros registros de identificação e diagnósticos da doença. Quando não havia estudos sobre o assunto, de acordo com autor acima, o câncer, assim como as demais doenças crônicas, era visto genericamente pela sociedade. Era discriminado pelo senso comum como um peso ou fardo, que era carregado pelo próprio corpo, onde se espalhava e gerava grande incômodo e dor aos seus acometidos.

Estudos atuais revelam que muitas informações, sobre o câncer foi desmistificado com o tempo, e conforme ocorreram os avanços da medicina. Um diagnóstico de câncer de acordo com Macieira (2013), era enfrentado até algumas décadas atrás como uma sentença de morte,

---

<sup>2</sup> Charles Darwin foi um grande naturalista britânico e autor da obra “A origem das espécies”, considerada um dos livros acadêmicos mais influentes de todos os tempos (Santos,2013).

todavia nos dias de hoje, não é mais considerado o ato de diagnosticar um desafio para a ciência.

Ao longo da História da humanidade muitas doenças antes mesmos desconhecidas, fizeram-se presentes como riscos biológicos para a sociedade, e causaram milhões de mortes quando falamos de saúde no campo geral. Essas enfermidades são chamadas de “doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), se caracterizam por um conjunto de patologias de múltiplas causas e fatores de risco, longos períodos de latência e curso prolongado. Além do mais, têm origem não infecciosa e podem resultar em incapacidades funcionais” (Figueiredo, et al, 2021, p. 78). Essas incapacidades, podem afetar a vida e a rotina dos acometidos, trazendo interferências na qualidade de vida das pessoas. Pois resulta em tratamentos invasivos e mudanças na rotina, que podem afetar a saúde mental e psicológica.

Desta forma, essas enfermidades que por muito tempo foram motivo de grandes estudos, assim como o câncer, são avaliadas e acompanhadas pelo mapa epidemiológico de doenças crônicas, este mapa tem a funcionalidade, de indicar índices e porcentagens de pessoas diagnosticadas com a doença. O câncer passou a ocupar o segundo lugar, em detrimento das taxas de natalidade pela doença no mundo, segundo dados da Organização Mundial Pan Americana de Saúde (OPAS 2020), chegando a ser considerado um problema de saúde pública atualmente.

No século XXI, havendo milhares de tratamentos que aliviam ou interrompam o crescimento de tumores, e impeçam a doença de se manifestar em outros órgãos do corpo. O câncer atinge a sociedade como um todo, independente de classes sociais, raça ou etnia, podendo se manifestar de diferentes formas em pessoas de qualquer idade ou sexo.

Hoje de acordo com a OPAS (2020), a doença passa a ter ligação direta com hábitos, exposição, consumo de determinados alimentos ou até mesmo genética, pois sua causa vai ter como consequência principal, o adoecimento de células do corpo antes consideradas saudáveis. O que nós traz uma abrangência de possíveis agentes causadores de neoplasias.

Com o avanço da sociedade, e principalmente com o desenvolvimento industrial, podemos notar como a doença afeta diferente as pessoas do século atual, em comparação com o as do século anterior. Trazendo em evidência outras especificidades, que tornam esses agentes ou até mesmo vetores do câncer, mais compreensíveis de entender.

O envelhecimento é outro fator fundamental para o desenvolvimento do câncer. A incidência do câncer aumenta drasticamente com a idade, provavelmente devido a uma acumulação de riscos para cânceres específicos. A acumulação do risco total é

combinada com a tendência de que os mecanismos de reparação celular sejam menos eficazes à medida em que a pessoa envelhece (OPAS, 2020, p.1).

Ou seja, de acordo com a citação acima, a medida em que as pessoas vão envelhecendo, a probabilidade de ter algum tipo de câncer aumenta drasticamente. Considerando também o fato do envelhecer sem qualidade de vida, podem resultar em situações que promovam o surgimento do câncer, como processo reacionário que estimula o próprio organismo a contrair a doença.

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo, figurando como uma das principais causas de morte e, como consequência, uma das principais barreiras para o aumento da expectativa de vida. Na maioria dos países, corresponde à primeira ou à segunda causa de morte prematura, antes dos 70 anos. O impacto da incidência e da mortalidade por câncer está aumentando rapidamente no cenário mundial. Tal aumento resulta principalmente das transições demográfica e epidemiológica pelas quais o mundo está passando. O envelhecimento, a mudança de comportamento e do ambiente, incluindo mudanças estruturais, que têm impacto na mobilidade, na recreação, na dieta e na exposição a poluentes ambientais, favorecem o aumento da incidência e da mortalidade por câncer. Nos países com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), observa-se o impacto na redução das taxas de incidência e mortalidade por câncer pelas intervenções eficazes para prevenção, detecção precoce e tratamento. Já nos países em transição, essas taxas seguem aumentando ou estáveis. Sendo, portanto, o desafio para esses países a melhor utilização dos recursos e os esforços para tornar mais efetivo o controle de câncer. (Santos, et al. 2023, p.2)

Conforme dados apontados pelos autores, com o aumento da expectativa média de vida dos brasileiros por exemplo, os casos de doenças crônicas tendem a aumentar, trazendo desta forma, novos indicadores para as pesquisas que avaliam a relação entre o aumento das doenças e o envelhecimento populacional. Além disso as pesquisas que identificam as regiões demográficas e os tipos de canceres, presentes em cada uma delas, traz indicadores essenciais que ajudariam os países no controle do câncer, e na fundamentação de políticas públicas. Esses estudos traçam o perfil geográfico da doença, que tem percentuais distintos nas Unidades de Federação (UFS) brasileiras.

As principais causas do desenvolvimento do câncer ainda são genéticas, mas de acordo com estudos atuais, da epigenética<sup>3</sup> que apontam relação entre hábitos comportamentais e alimentares, que podem potencializar o surgimento da doença em determinados indivíduos. Segundo os estudos sobre o câncer, muitos fatores externos podem ser causadores da doença, como o próprio sedentarismo populacional na terceira idade.

---

<sup>3</sup> O grupo de Epigenética de Tumores visa determinar os padrões de metilação do DNA, modificações de histonas e perfil de expressão de RNAs não-codificantes nos diversos tipos tumorais, com o objetivo de identificar biomarcadores de diagnóstico e prognóstico (Lima,2022).

As políticas de saúde brasileiras, vem alertando a população sobre os riscos de não manter rotinas saudáveis, e de realizar exames de rotina com frequência, além dos “alto índice de massa corporal, baixo consumo de frutas e vegetais, falta de atividade física e uso de álcool e tabaco.” (OPAS, 2020), que causam pré-disposição as (DCNT), sendo o tabagismo o maior causador de câncer nos pulmões, chegando a 22% nas taxas de mortes pela doença. Esses dados apresentados, geram a reflexão da importância em gerar mais incentivos a uma vida saudável.

De acordo com a (OMS) o câncer não é uma doença “silenciosa”, as pessoas que são acometidos pela doença apresentam geralmente sintomas semelhantes, os mais comuns de alguém que possua algum tipo de neoplasia, ou tumor, costumam ser o aparecimento de manchas pelo corpo. Assim também como, perda de peso inexplicável, fadiga, suores noturnos, enjoos e vômitos frequente, sangue presente em fezes e urinas, alterações no tamanho ou na cor de um sinal ou alterações em uma ulceração cutânea que não cicatriza, e principalmente o aparecimento de nódulos (OMS, 2020).

Até o início do século XX, conforme o livro de Mukherjee (2012), o câncer era uma doença onde não se faziam ideias de causas e sintomas, tão pouco tratamentos que ajudassem no combate à doença. Esses obstáculos vivenciados pela medicina primitiva, levaram muitos acometidos por neoplasia, a mortalidade e a incapacidades permanentes. Além disso, os estudos de Mukherjee apontam, que a busca incessante por tratamentos adequados, resultou também em exposições radioativas, onde levaram médicos e profissionais que buscavam respostas e medicamentos, que obtivessem maior resultados de eficácia, no combate à doença ficarem expostos e desencadeassem até o próprio câncer, como consequência das pesquisas.

No início do século XX, a descoberta do rádio por Pierre e Marie Curie, em 1902, levou à morte da cientista por câncer, em razão da contínua exposição à radiação. Mais tarde, a radioterapia seria amplamente usada em todos os tumores neoplásicos. Nos anos 1950, descobriu-se que uma propriedade do gás mostarda (usado durante a guerra) provocava a redução da divisão de algumas células de rápida reprodução. Surgiu a quimioterapia (Mukherjee, 2012, p.31).

Conforme citado, os tratamentos contra o câncer em forma de quimioterapia e radioterapia, se intensificaram e mostraram resultados eficazes, graças ao empenho dos cientistas e demais profissionais da área da saúde. E ainda no século XXI, esses procedimentos fazem parte do plano de combate à doença, assim como as cirurgias para retiradas de nódulos, tumores e miomas. Os aparelhos tecnológicos e as medicações farmacológicas de tratamentos quimioterápicos, auxiliam e fazem parte do arsenal dos

Hospitais Oncológicos e Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), pois, são fundamentais no tratamento contra o câncer.

As pesquisas atuais aponta que o câncer é a segunda principal causa de morte no mundo, e é responsável por cerca de 9,6 milhões de mortes só no ano de 2018. “A nível global, uma em cada seis mortes estão relacionadas à doença.” (OMS, 2020). Essas altas taxas de natalidade, ficam ainda mais evidentes em países de baixa renda e pouco desenvolvidos, tendo em vista, que o principal responsável por criar políticas e acessibilidade é o governo e entidades públicas. A falta de recursos, insumos e diagnósticos tardios, são problemas comuns, encontrados dentro do sistema de saúde desses países, o que implica diretamente na construção de programas e políticas de atenção oncológica.

Os gastos para manter os níveis de estudos sobre o câncer, o impacto econômico que traz aos países, custaram em média conforme dados da doença, só no ano de 2010 gastos estimados em aproximadamente US\$ 1,16 trilhão aos cofres públicos (OMS, 2020). Esses índices revelam que existem elementos entre a doença o acesso a saúde, e a criação de políticas ligadas ao câncer, com a falta de investimentos e infraestrutura do Sistema Único de Saúde, o tornando demasiadamente falho para atender a grande demanda de diagnósticos.

O câncer também é conhecido como neoplasia maligna, termo científico para descrever a doença que causa a infecção de células do organismo, que podem causar tumores benignos ou malignos. O crescimento do número de casos de pessoas com este tipo de comorbidade, de acordo com os dados estáticos do INCA (2023). Avaliam cerca de 625 mil casos de neoplasias até o ano de 2022 em brasileiros, a investigação o diagnóstico e tratamento desse tipo de doença, é um dos mais problemáticos e desafiadores para o SUS.

O Sistema Único de saúde é o programa brasileiro, onde a maioria dos usuários com algum tipo de neoplasia, buscam atendimento e tratamento adequado contra o câncer. Mesmo as pessoas que foram diagnosticadas com a doença, em Hospitais da rede privada de saúde, são orientados a procurar os centros especializados, para dar início ao tratamento.

Sendo o Brasil um país com regiões demográficas, que consiste em um nível de 203,1 milhões de habitantes, conforme dados do censo em 2022 (IBGE), que trouxe as estatísticas sobre o crescimento populacional brasileiro. Conforme Medeiros, coordenadora da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Patologias (Ciaspp), a quantidade de centros especializados no tratamento da doença ainda é considerado baixo, considerando que “O Brasil tem 5.568 municípios, o que equivale que cada centro atende, em média, pacientes

de 17 cidades.” (Medeiros, 2022). O que demonstra a falta de expansão do programa em determinadas regiões. Esses obstáculos enfrentados no programa de saúde acabam ocasionando, quadros clínicos mais delicados aos usuários acometidos pelo câncer, e conseqüentemente diminuindo as chances de cura da doença.

Pesquisas recentes mostram a incidência de câncer no Brasil, e estima que 704 mil novos casos da doença, sejam identificados até o ano de 2023. Partindo deste percentual, os autores (Santos, et al, 2023), trazem por meio de análises o perfil dos acometidos, separando-os por idade, sexo e faixa etária, desta forma os resultados apresentados, ajudam a identificar a concentração da doença, e as regiões que mais serão demandadas de atendimento.

À exceção do câncer de pele não melanoma, o câncer de próstata será o mais incidente em todas as UF do Brasil e Distrito Federal no sexo masculino. Na maioria das UF das Regiões Norte e Nordeste, os cânceres de estômago e pulmão se alternam entre a segunda e a terceira posição. Nas UF da Região Norte, Amazonas, Amapá e Pará, o câncer de estômago é o segundo mais incidente, enquanto, na Região Nordeste, o câncer de pulmão é o segundo mais frequente no Maranhão, Piauí, Ceará, Paraíba e Pernambuco. Destacam-se ainda os cânceres de colón e reto e de cavidade oral entre os três principais. Em todas as UF da Região Centro-Oeste, o câncer de colón e reto é o segundo mais incidente, seguido pelo câncer de pulmão. Nas Regiões Sudeste e Sul, observa-se o mesmo perfil, exceto para o Espírito Santo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, onde o câncer de pulmão é o segundo mais incidente (Santos, et al, 2023, p. 3)

Como os autores pontuam, o câncer de próstata lidera os índices em todas as regiões do país, na população masculina. Para a população do sexo feminino a maior incidência em todos os estados é do câncer de mama. Esses resultados apresentados, ajudam a montar o mapa epidemiológico da doença, ajudando na fundamentação das políticas de controle contra o câncer.

Numa tentativa de alertar a população, para se auto avaliar e manter os exames em dia, existem, de acordo com os autores Costa e Teixeira (2010), várias campanhas anuais que visam dar a doença maior destaque, que são voltadas a diferentes formas de manifestação de neoplasias (Costa, Teixeira, 2010). É o caso das campanhas que possuem maior visibilidade durante o calendário anual, que são o outubro rosa relacionando ao câncer de mama e o novembro azul, que por sua vez faz referência ao câncer de próstata.

No que tange a ações de maior magnitude surgidas no setor público, as primeiras iniciativas nesse campo foram elaboradas pelo médico Mario Kroeff, que ficou imortalizado na história da medicina por suas ações contra a doença. Ex-médico, combatente de nossas brigadas na Primeira Guerra Mundial, Kroeff ingressou na saúde pública, como inspetor sanitário da Inspeção da Lepra, Doenças Venéreas e Câncer, em 1919. Sua passagem por essa seção do Departamento Nacional de Saúde Pública, fortemente empenhada em ações educativas contra as doenças venéreas, deu-lhe o lastro para uma atuação com ênfase na propaganda educativa sobre o controle do câncer. Desde os primórdios de sua atuação no campo da cancerologia,

imputou importante papel às ações educativas que levassem à população a noção, tão cara à medicina da época, de que o câncer, se descoberto em sua fase inicial, poderia ser facilmente curado. Além disso, seu interesse pelas novas tecnologias fez com que ele colocasse a serviço de sua causa o que havia de mais moderno no campo da comunicação e da informação, como o rádio e o cinema (Teixeira, Fonseca, 2007). A imprensa escrita, à qual sempre dera atenção especial, também era de grande valia para seu projeto de popularizar as ações de prevenção da doença. Até a década de 1950, era comum, nos jornais brasileiros, a cobertura mais ampla de publicações médicas, novidades científicas e tratamento de doenças. Isso não era exclusividade do câncer, mas lhe foi dispensado tratamento especial: em 1929, Kroeff teve sua tese publicada no *Correio da Manhã* e, quase dez anos depois, em 1938, a inauguração do Centro de Cancerologia foi noticiada nos principais jornais da época, assim como suas atividades e futuros projetos. A pauta 'câncer', na imprensa, ajudava a reforçar a especialidade da cancerologia, além da identidade profissional desses médicos (Costa; Teixeira 2010, p. 225-224).

Conforme Costa e Teixeira (2010) pontuaram, todas essas propagandas, fazem parte de uma iniciativa do SUS, para criar na sociedade métodos de pré-diagnósticos. Auto exames simples, que podem ser feitos de casa, em mulheres nas regiões mamarias por exemplo, são propagandas comuns que conseguimos ver, através dos meios de comunicação, que visam o estímulo com o auto cuidado. Além disso o ato de realizar exames de mamografias, e com frequência realizar consultas de rotina com especialistas, durante um período semestral, auxilia em um diagnóstico inicial do tipo de neoplasia, contribuindo com resultados preventivos aos acometidos pela doença.

Conforme mencionado, a neoplasia ou câncer pode ser classificado como benigno ou maligno. A doença se manifesta através de células que crescem no organismo, de maneira desordenada ou em forma de tumores, e esses podem afetar qualquer região do corpo humano, e que dependendo da região afetada, fica fácil de identificar com um simples toque no local.

A diversidade dos tipos de câncer e como ele se manifesta em diferentes tipos de pessoas, e países de alto e baixo desenvolvimento, traz à tona que a doença vai afetar a sociedade em proporções que vão muito além da saúde. Adentrando também nas áreas socioeconômicas de todo um país, na América Latina onde encontramos alguns países considerados menos desenvolvidos, em comparação com os países europeus ou ocidentais, vivenciamos com o avanço da industrialização, partindo mais do ramo da indústria alimentícia por exemplo, os agravamentos de doenças crônicas. De acordo com Guerra, Gallo e Silva,

Atualmente, considera-se a América Latina como a mais urbanizada das regiões menos desenvolvidas do mundo, sendo que esta urbanização tem sido acompanhada de pobreza urbana maciça, o que tem contribuído para o agravamento das disparidades sociais. Deve-se levar em consideração, também, a repercussão da rápida mudança na condição nutricional desta região, desencadeada pelo processo de

industrialização, o que afetou, sobremaneira, a prevalência de doenças crônicas como o câncer, doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, doença de Alzheimer e outros agravos relacionados ao envelhecimento e à obesidade (Guerra; Gallo; Silva, 2005, p. 227).

Tudo isso deixa claro que não podemos dissociar a industrialização do âmbito alimentar, pois a mesma, favorece conforme os autores citam a cima, o consumo de produtos e alimentos, que trazem como consequências uma má alimentação e malefícios a saúde da população mais carente. Estudos analisam que o consumo exacerbado do álcool e do tabaco, durante a adolescência, são os principais responsáveis pelas grandes taxas de câncer no pulmão, quando chega na fase adulta.

Os danos ao organismo humano provenientes do tabagismo não afetam apenas as pessoas que fumam, mas atingem as não fumantes que vivem sob poluição pela fumaça de cigarros nos domicílios, nos ambientes de trabalho, de lazer, escolas e demais espaços públicos fechados. A fumaça inalada pelos fumantes passivos ou involuntários é responsável por grande parte das doenças tabaco-relacionadas incidentes nestes indivíduos, em particular o câncer de pulmão. Esta poluição ambiental é decorrente da fumaça exalada pelo fumante (corrente primária ou principal), que corresponde a 25% do total, e por aquela resultante da queima da ponta do cigarro ou outro produto do tabaco (corrente secundária). A corrente secundária produzida pela combustão do cigarro entre as tragadas corresponde aos restantes 75% de fumaça de tabaco presente nos ambientes, sendo a mais importante fonte da poluição ambiental e com maiores concentrações de todos os componentes carcinogênicos do tabaco (Filho, et al, 2010, p. 179)

Ou seja, a fumaça provocada pela uso da nicotina conforme os autores citam, afeta o organismo não só dos fumantes, mais também dos fumantes passivos, que apesar de não fazerem uso do cigarro, mais estando nos mesmo ambientes dos fumantes, acabam por ingerir a fumaça e ter consequências, em seus organismos. Parte destes indicadores de câncer na região do pulmão, tem influência do mercado industrial, que é o principal responsável pelos estímulos e influências na nossa alimentação e consumismo.

Fato este, que é responsável e interfere diretamente na saúde ao longo prazo. Estudos revelam que até o ano de 2040, teremos um aumento com superioridade a 40% dos casos de diagnósticos de câncer, e cerca de 50% desses casos seriam evitáveis. Através de um estilo de vida mais saudável e a ingestão de alimentos ricos em nutrientes.

Entretanto, a propagação de informações, quanto manter uma vida saudável, sem a ingestão de produtos como o álcool, tabaco e até mesmo alimentos ultraprocessados, não é uma vantagem para o mundo do 'Capitalismo', pois, esses tipos de comercialização, vem crescendo ao longo dos anos, Conforme os autores Andrade, Matos e Miola (2023), por modificações na vida social de uma sociedade moderna, onde priorizam o tempo e a

facilidade durante a rotina, que por sua vez utilizam do consumo de tais alimentos pois são considerados práticos e rápidos.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer – INCA, a utilização de pesticidas, o uso de elementos químicos que trazem em sua composição riscos e fatores, que aumentam a probabilidade de desencadear uma série de doenças entre elas o câncer (Brasil, 2022). Esses tipos de mercadorias e produtos movem a economia mundial, pois são usados a anos pelas indústrias agrícolas que alimentam o mundo, e que priorizam os lucros do sistema capitalista de produção, e desconsideram os malefícios ocasionados a sociedade. É com bases nesses estudos, sobre o câncer durante os anos, que é possível identificar, um salto no surgimento de novos casos da doença pós industrialização.

Além disso, quando partimos do pressuposto de avaliar a doença, para o âmbito político social, e as diferentes formas como afeta as classes sociais, e principalmente as mais pobres. Podemos enxergar que o câncer, para a maioria da sociedade, acarreta não só em enfrentar uma doença, que causa incapacidade física temporária ou de permanente, (nos casos em que o acometido precisa retirar um membro do corpo) como a mama, ou o útero por exemplo, os impactos do câncer no âmbito da saúde mental, também são visíveis.

Na parte socioeconômica dos acometidos pelo câncer, o diagnóstico da doença reflete na situação financeira não só do indivíduo, mais também de todo o âmbito familiar na qual ele está inserido, Com isso, acaba revelando que “as maiores dificuldades, hoje, no combate ao câncer decorrem das desigualdades, principalmente sociais” (INCA, 2019, p.1). Essas dificuldades, ou também podemos chamar de obstáculos, enfrentados no cotidiano da classe mais pobre do país, transparece de diferentes formas ao longo do tratamento oncológico.

Segundo a psico-oncologista Holtz (2022), em entrevista a Agência Câmara de Notícias, afirma que o perfil da população mais afetada com o câncer, é composta por uma parcela da sociedade que, se encontra em estado de extrema pobreza. Onde não possuem condições, nem de arcar com os custos nos deslocamentos, para realização de exames, ou até mesmo de continuar realizando os tratamentos quimioterápicos ou radioterápicos.

A mesma acredita, que as pessoas em situação de pobreza extrema, são os indivíduos que mais morrem de câncer no Brasil, pois muitos precisam escolher entre pagar algum transporte e ir ao médico, ou comprar mantimentos para sobrevivência e alimentação. (Agência Câmara de Notícias, 2022). Esse perfil socioeconômico, é comum entre a população que anseia pelo acesso as políticas públicas de atenção à saúde, desde o deslocamento e custos

com transporte até as unidades de atendimento, é só mais um dos enfrentamentos cotidianos, que uma pessoa que possui algum tipo de câncer acaba sofrendo no Brasil.

Além disso, a ausência de recursos do estado na assistência, cuidado e viabilização de direitos no âmbito da saúde, se unificam com o baixo nível de escolaridade dessas classes sociais mais subalternas, dificultando assim um diagnóstico da doença quando ela ainda está no início, implicando conseqüentemente em um diagnóstico mais tardio e muitas vezes difícil de ser revertido.

Portanto, fica claro que esse perfil, faz parte da realidade brasileira e da maioria dos usuários do SUS, que precisam utilizar o sistema de saúde, mas não tem opções ou os direitos mais básicos viabilizados (Holtz, 2022). Entretanto, todos esses problemas citados anteriormente, já fazem parte do retrato da saúde brasileira, desde os seus primórdios.

Pois, conforme o pensamento de Fonseca, Secretário de Políticas de Saúde em 2022, afirma que, mesmo com os avanços tecnológicos, em questões de equipamentos e na área científica, para trazer um diagnóstico mais precoce neste novo milênio, ainda assim, encontram muitos enfrentamentos, nas discussões e debates sobre o direito efetivo, a viver com qualidade de vida são tratados e debatidos pelo estado.

A política de saúde construída no Brasil, a partir do esforço da sociedade em seu processo de redemocratização e que culminou com a Constituição de 1988, tem em seu arcabouço elementos para o desenvolvimento de ações e estratégias de promoção da saúde. Os princípios de universalidade, integralidade e equidade e as diretrizes de descentralização e organização hierarquizada podem ser potencializados a partir do olhar e de ações de promoção da saúde, contribuindo para a qualificação do Sistema Único de Saúde e a partir deste para a construção de uma ampla aliança nacional tendo como centro a qualidade de vida. (Brasil, 2022, p. 1).

Desta forma, destaco a importância da intervenção estatal, no reconhecimento do câncer como um problema de saúde pública, vivenciado por milhões de brasileiros, que necessitam ter a assistência devida, e novas estratégias de intervenções. Que auxiliam no diagnóstico, e no tratamento imediato de novos casos de câncer. Com a criação de novas políticas públicas, como também a criação de leis mais rigorosas quanto ao não cumprimento dos direitos já reconhecidos, pois todas as pessoas que vivem com o câncer, necessitam de cuidados especializados e a prática da humanização e respeito a vida, como princípios a serem respeitados durante todo tratamento.

## 1.2 Políticas públicas nos primeiros enfrentamentos à doença

O Sistema Único de Saúde Brasileiro é conhecido como a política de direito universal, um “Direito de todos e dever do estado” (Art. 196), frase está usada desde de 1988, quando foi proclamado o estado democrático de direito constitucional. Após um período de regime ditatorial, que foi vivenciado durante o período de 1964 a 1985 no Brasil, onde o país sofreu com grandes repressões e violações de direitos sociais, logo após a restauração da democracia, a sociedade conseguiu alcançar, grandes vitórias na tomada de conquistas sociais e principalmente, no âmbito das políticas de saúde. De acordo com os autores Paiva e Teixeira (2014). O programa de saúde SUS foi implementado após esse regime.

No contexto de busca de implantação de um estado de bem-estar social, a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde. Transformava-se, então, profundamente a organização da saúde pública no Brasil (Paiva; Teixeira, 2014, p.16).

Nesse sentido, ainda conforme os autores acima, o programa de saúde pública ganhou maior visibilidade, com o avanço das conquistas sociais, pelos direitos básicos e fundamentais dos cidadãos brasileiros. A partir da chamada reforma sanitária, que possibilitou a criação de diretrizes que protegessem o programa, dando-o “caráter intersetorial dos determinantes da saúde” Paiva e Teixeira (2014, p. 22). O que possibilitou uma melhor organização e distribuição dos programas para constituir uma saúde pública de qualidade e igualitária.

As intervenções e políticas públicas de assistência que foram criadas, ao longo da história do Sistema Único de Saúde – SUS, traçou uma linha do tempo para o reconhecimento da doença, como um problema de saúde pública e responsabilidade do estado. Com a Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, e logo em seguida em 1990 com a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080 entre 1991 a 2003, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), e em 2006 com o Pacto pela Saúde desenvolveu-se a implementação do SUS.

Voltado a atender qualquer pessoa que necessite de assistência, sendo ela urgência ou emergência, o SUS tem um papel fundamental na avaliação de leis e políticas públicas, que assiste os seus usuários. Com isso o atendimento ao paciente com câncer, pelo SUS conforme Oliveira (2013) descreve, se deu, após a criação do Centro de Cancerologia, do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal. Foi a partir daí que a atenção ao câncer, ganhou

caráter nacional, com a criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC) (Oliveira, 2013). Esses avanços, foram necessários, para que tivéssemos um SUS, exatamente como é hoje.

De acordo com os autores Birderman e Filho (2013). O modelo de gestão e administração do SUS, de acordo com dados do Conselho Nacional de Saúde o (CNS), ficou com grande parte dos recursos da união, chegando a receber investimentos de mais de 149,9 bilhões de reais por ano (Brasil, 2022). Neste sentido, o SUS acaba virando alvo, com frequência de grandes escândalos de improbidades, corrupção e desvios de dinheiro público.

Causando assim, atrasos nos próprios programas sociais e conseqüentemente, prejudicando todo a sociedade, que necessita de assistência na saúde. Mesmo com falhas graves na gestão de recursos o SUS, incorpora um papel fundamental na sociedade. Pois é o principal responsável por garantir o aceso a saúde a qualquer cidadão que necessite de atendimento.

Neste século o Sistema Único de Saúde, é responsável por atender uma gama de hospitais estaduais, municipais e federais, trazendo e facilitando o acesso da população desde o atendimento primário, de urgência e emergência, às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPAS). Como também o acesso para especialidades e demais complexidades, dentro do serviço de saúde. Com isso a população pode, desde realizar procedimentos simples, de triagens como também realizar exames diversos, e fazer qualquer tipo de tratamento inteiramente gratuito.

**Fig. 2 – Princípios do SUS**



**Fonte:** SUS a Saúde do Brasil (2008)

Como demonstrando, na figura acima, seguindo os princípios e diretrizes, que constituem o Sistema Único de Saúde, podemos destacar conforme análise nas últimas décadas, de acordo com o pensamento dos autores (Souza, et al, 2014), que o SUS implementou programas importantes, durante a sua construção, como por exemplo o programa Saúde da Família, juntamente com o Programa Nacional de Imunizações, e o Sistema Nacional de Transplantes, que trouxeram benefícios a milhares de brasileiros, e principalmente a população expostas as vulnerabilidades sociais.

Diante do exposto, podemos destacar que, não há em outros países, uma política que se iguale aos princípios e complexidades que existe no (SUS), por isso, o mesmo é apresentado internacionalmente, como um modelo a ser copiado e seguido, um exemplo das diferentes formas, de como a saúde é tratada dentro da realidade de outros países. Com isso revela como as questões culturais e sociais no que tange, as questões de direitos e programas sociais, são vistas por uma perspectiva fora da realidade e necessidade das pessoas, nos Estados Unidos (EUA), por exemplo, a visão de saúde foi criada no modelo norte-americano, como uma responsabilidade individualista.

O sistema de saúde americano, foi pensado somente para suprir “os incapazes de competir no mercado” (Noronha, Uga, 1995, pg.178), Como expressam os autores, os programas de atenção à saúde dos Estados Unidos, veem a saúde como uma exceção aos que são incapazes de se adequar ao mercado de trabalho tornando-os improdutivos. Com isso o sistema privado de saúde ganhou força no mercado internacional se tornando mais uma mera mercadoria, desta forma o estado se esquivava de suas obrigações, e mercantilizam a saúde tornando seu acesso inviável a população considerada carente, os autores ainda pontuam que,

Deve-se salientar, a esse respeito, que o sistema político estadunidense contém, desde os primórdios, importantes peculiaridades que o distanciam das nações que incorporaram o modelo welfariano de proteção social. É interessante notar que se, do ponto de vista da formação desse Estado, o sufrágio universal — ainda que restrito à população branca — tenha sido adotado antes mesmo da estruturação de instituições públicas nacionais, no que tange à sociedade civil, partidos de esquerda que defendessem a criação de um sistema nacional de saúde nunca chegaram a crescer de forma significativa. Consequentemente, embora a questão tenha surgido de forma tímida e intermitente entre os anos 30 e 60, sob inspiração dos Welfare States europeus, ela nunca teve repercussão na sociedade norte-americana. Até mesmo em plena crise dos anos 30, que deu origem ao New Deal promovido pelo Presidente Roosevelt, a questão da proteção social escapou nos E.U.A. das mãos do Estado que, como apontam Weir & Skocpol (1985), sempre se caracterizou por uma "administração nacional fraca e autoridade pública fragmentada e dividida", ficando, portanto, o restrito leque de políticas públicas de cunho social sob responsabilidade predominantemente local ou, quando muito, estadual. (Noronha; Uga, 1995, p.185).

Com essas diretrizes propostas acerca da saúde, os cidadãos americanos que precisam de algum tratamento especializado, ou necessite de uma emergência, é cobrado pelo governo todas as despesas médico hospitalar. Conforme os autores, desta forma, o estado acaba transferindo de certa forma a responsabilidade do direito à saúde, deixando-o estritamente individual, devolvendo aos cidadãos a responsabilidade de arcar, com o direito que deveria ser plenamente acessível. Mesmo com o modelo de proteção social, vivenciado durante o período em que o capitalismo alcançou seu mais pleno desenvolvimento, a saúde continua sendo negligenciada pelo estado.

Diferente do modelo apresentado anteriormente, a saúde pública brasileira ganhou espaço e é conhecida mundialmente, como a política de direito universal, entretanto de acordo com Santos (2006). Os direitos não devem ser apenas escritos, as pessoas devem ter a oportunidade de vivenciá-los, usufruir desses direitos que foram duramente conquistados, e levaram tanto tempo para ser reconhecido. Para que haja realmente o alcance dos objetivos desejados quando se cria uma política, programa ou lei. Ou seja, quando o assunto é o cumprimento efetivo da lei de acesso a saúde, o estado pode ser muitas vezes negligente, contraditório, impedindo os usuários de desfrutar efetivamente dos seus direitos.

No Brasil, esses direitos mencionados na perspectiva de dimensão social, trouxe para a população, um conjunto de benefícios que refletem na coletividade, em comparação com o modelo de saúde dos Estadunidense. Após a constituição 1988, o estado brasileiro constitui que para a saúde pública, deve ser aplicado as diretrizes da equidade social, com um modelo descentralizado e integralizado de atendimento.

Toda via, a integralidade descrita no texto constituinte, ainda apresenta incoerências controversas do próprio estado. O SUS ainda apresenta fragilidades em atender, o que foi proposto nos seguimentos da sua implementação, parte destes enfrentamentos se dá ao fato, do próprio estado subjugar, a capacidade do sistema em atender todas as esferas da sociedade.

A estrutura do sistema de saúde brasileiro apresenta muitas e antigas sobreposições público-privadas. A segmentação do sistema se dá de forma institucionalizada, e muitas vezes a interferência do setor privado sobre o interesse público se dá na contramão da universalidade e da equidade no atendimento, com decisões governamentais que promovem incentivos diretos e indiretos para o desenvolvimento do mercado privado de saúde, tanto na prestação de serviços quanto na gestão privada da assistência, paralela à ampliação da cobertura pública. São necessários atores estratégicos para o sucesso na implantação de uma política de saúde que faça cumprir a universalidade e equidade inscritas no texto constitucional. (Noronha; Pereira, 2013, p.27)

É importante reiterar, conforme pontuado pelo autor, que para a saúde pública adquirir realmente um espaço de integralidade social, o programa deve investir em políticas que protejam o SUS como um todo. Para que desta forma, os usuários queiram participar ativamente das mudanças que nele ocorra, com a intenção de utilizar os serviços que são destinados aos cidadãos desde a redemocratização.

De acordo com a OMS a definição de saúde hoje, é considerado como um “estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (OMS,2004). Ou seja, a constituição do que significa saúde está não somente atrelada, ao fato de ter sido diagnosticado com algum tipo de doença.

Mas sim, com o a falta de fatores determinantes, que podem interferir nas características de um ser humano considerado saldável. Como por exemplo, o direito a uma alimentação saldável, o direito ao lazer e atividades físicas, o direito a um saneamento básico. É com esse pensamento, que fica evidenciado que para viver plenamente bem e com qualidade de vida, precisamos estar com saúde e ter acesso a ela, sempre que necessitarmos.

Entretanto de acordo com (Baptista, 2012), nem sempre na história do Brasil, tivemos um acesso amplo da política de saúde, nem tão pouco a atenção voltada às necessidades para esse tipo de política, com leis que atendessem a população como um todo de forma igualitária. Foi um caminho árduo, de grandes batalhas e reivindicações da classe trabalhadora, que percorreram um longo caminho até termos hoje, uma definição mais clara desses direitos.

Para chegar a esta visão, de que para vivermos bem estar atrelada a qualidade de vida, se deu após a segunda guerra mundial. Onde países sentiram os malefícios, tanto na parte econômica e territorial, e principalmente na prática da violação dos direitos, que trouxe ao mundo moderno, consequências de retrocessos na humanização dos direitos sociais.

Com tudo, após o período de guerra, a sociedade sentiu a necessidade, de manter a paz entre os países, de forma que todos se reunissem afim, de almejar os mesmos objetivos, que de proteger a sobrevivência da espécie humana, dando fundamentos para a construção de um projeto político. Que se aplicasse a todos os países, independente de suas ideologias econômicas.

Foi a partir deste pensamento, que os países centrais tomaram a iniciativa de constituir, o que conhecemos hoje como a “A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 introduziu no debate mundial uma concepção de direitos humanos” (Baptista, 2012 p. 180). Liderado pela Organização das Nações Unidas – ONU, foi desta forma que surgiu o debate

envolvendo os direitos básicos e essenciais, que deveriam fazer parte de um projeto ético político de cada país, estado e nação.

No Brasil podemos ver que essa visão ampla de direitos sociais, passou por diferentes perspectivas ao longo dos anos. Para a construção do estado de direito que temos hoje, levando em consideração que o Brasil, é um país no qual passou por um processo distinto, de democracia comparado com os demais países que compõe a América Latina, trazendo um contexto histórico peculiar. Anteriormente,

Até os anos 1930, o Estado brasileiro voltava-se estritamente para o atendimento dos interesses das oligarquias primário-exportadoras e considerava as questões sociais que se punham à sociedade, em relação aos problemas decorrentes do não acesso da maior parte da população aos bens e serviços por ela produzidos, simplesmente como “um caso de polícia”, período esse em que — lançando mão de uma análise realizada por Chauí (2006) — “as diferenças e assimetrias sociais e pessoais [eram] imediatamente transformadas em desigualdades, e estas, em relação de hierarquia, mando e obediência” (Baptista, 2012, p.180).

Com isso percebemos que a forma brasileira, de lidar com a questão do acesso aos direitos sociais, nesse período estava bastante interligada com as questões de classes sociais. Com esse tipo de posicionamento, criou-se a ideia cultural, de que o acesso dos mais necessitados e da maioria da população pobre, era entendida como uma retribuição do estado, em decorrência de algum tipo de “serviço” prestado. Logo não era entendido, como um direito estritamente reconhecido.

Podemos desta forma analisar, que com o passar dos anos, depois do período ditatorial, “o Estado brasileiro passou a ter o dever jurídico-constitucional de realizar a justiça social.” (Baptista, 2012, pg.185). A justiça social é um reconhecimento, e responsabilização do estado para com a sociedade, que contribui de forma tributaria para a criação de um país livre e independente.

Foi a partir daí com a constituição de 1988, que o estado brasileiro assumiu a condição legislativa e constitucional, de firmar os direitos sociais para todos os brasileiros, um dos marcos mais importantes, dentro da construção social que temos nos dias de hoje. A saúde ser reconhecida e considerada um dos direitos, que fazem parte desta constituinte, caracteriza o crescimento da força dos movimentos sociais, em prol de uma regulamentação das políticas voltadas a atenção a saúde e qualidade de vida.

Para as pessoas diagnosticadas com neoplasia, durante a implementação do Sistema Único de Saúde, a visibilidade do câncer como uma doença que necessita ter uma assistência,

rápida e em tempo hábil para o acometido, também ganhou discursões para ampliar as unidades, já existentes no território nacional. De acordo com o INCA (2020), atualmente temos cerca de 317 unidades e centros de assistência voltados ao tratamento do câncer, e cada estado do Brasil possui pelo menos um hospital habilitado em oncologia, esse indicativo representa a expansão durante dos programas voltados a oncologia, que se sucederam nas últimas décadas.

Com tudo, o SUS ainda necessita de muitas adequações, para que os serviços ofertados aos usuários, seja mais eficaz e ágil, levando em consideração as necessidades reais dos brasileiros. Almeida (2013) relata ainda que, os índices de idosos com alguma ou mais de uma, doenças crônicas tem aumentado a preocupação, com o suporte assistencial que o SUS é capaz de atender, anteriormente as doenças que mais causavam mortalidade era as infecto-parasitárias mas, entretanto houve uma mudança significativa.

Nas últimas décadas, porém, este panorama alterou-se e tais doenças, atualmente, representam apenas 6,5% dos óbitos. No entanto, as doenças crônico-degenerativas (como diabetes, hipertensão, demências), os cânceres (neoplasias) e as causas externas (mortes violentas) adquiriram o papel central de causas de mortalidade. O tratamento e a reabilitação dos pacientes acometidos por estas doenças figuram entre os altos custos do sistema de saúde (IBGE, 2009b). (Almeida, 2013, p. 2)

Desta forma, fica evidenciado a preparação dos programas e leis afim de amenizar os impactos, que tais doenças acabam trazendo no Sistema Único de Saúde, para que os serviços ofertados de assistências hospitalar, não sejam colapsados, devido à grande demanda de usuários necessitando de atendimento imediato. Logo, a Lei de 60 dias para início de tratamento oncológico, segundo os autores França, Nery, Antunes e Freire 2021, veio para tentar dar ao acometido por neoplasia/maligna a chance de sobrevida maior e um tratamento em tempo oportuno.

Tendo em vista que o câncer seja uma das causas, que trazem mais mortalidade no mundo. Ainda segundo os autores França, Nery, Antunes e Freire (2021), avaliaram alguns percentuais demográficos, para avaliar se após a publicação da lei 12.723/2012, ouve realmente uma mudança no tempo de espera desses pacientes, a avaliação levou em consideração o câncer de boca, que faz parte das neoplasias que atingem a região da cabeça e pescoço, “A maioria das pesquisas foi baseada em dados locais e amostras relativamente pequenas, com resultados que variam entre 23 dias em Maceió 20 e 71,1 dias no Estado de Alagoas 21 entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer de boca.” (França; Nery; Antunes e Freire, 2021, p. 2).

Os dados apresentados acima, levaram em consideração o intervalo de tempo segundo os autores de aproximadamente, 6 (seis) anos após a publicação da lei de 60 dias. O tempo determinante para início do tratamento, apresentou oscilações entre os anos e entre as regiões do Brasil, norte, nordeste e sul, mesmo com a rede pública de saúde expandindo território em todas as regiões nos últimos anos.

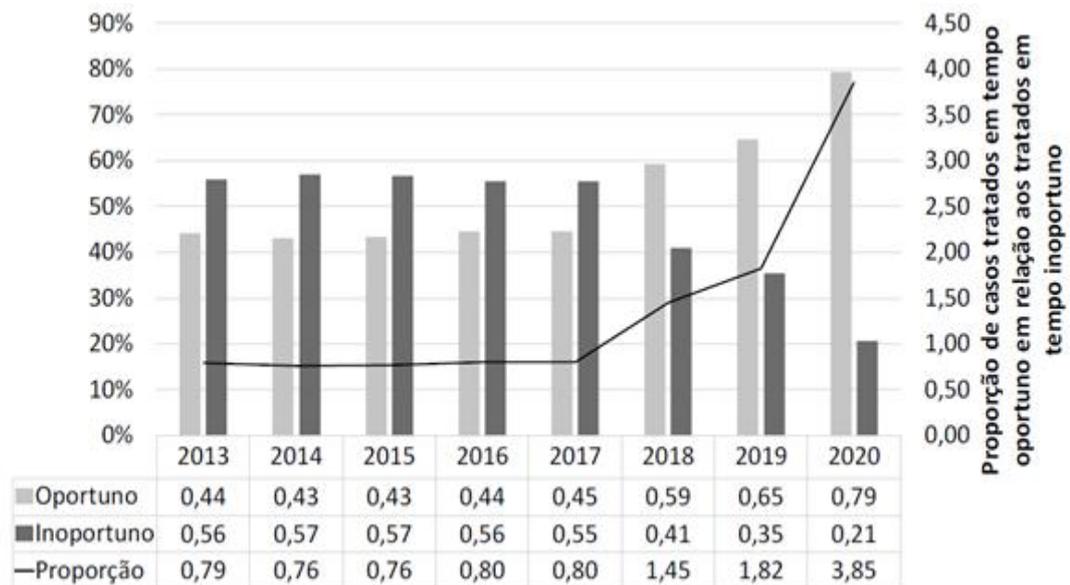
Já as análises feitas no sul do país, comparado com as regiões do nordeste apresenta maior aparato tecnológico, e maior quantitativo de profissionais especializados na área oncológica, o que acaba interferindo significativamente nos dados apresentados. Como esta pesquisa iniciou em 2013, conforme os autores apresentam, foi no final de 2019 que houve uma diminuição significativa dos casos, em que os usuários iniciaram o tratamento depois do prazo estimando, assim apresentando um percentual de cerca de 38,5% de usuários atendidos conforme prevê a Lei 12.723/2012, o que deixa claro que Lei teve um impacto desejável (França; Nery; Antunes e Freire, 2021).

Embora, outros estudos mais recentes de 2021, relacionados a lei 12.723/2012, revelam que o cenário nacional, quanto ao serviço de atendimento oncológico, ainda continuam sendo negligenciado, levando em conta as neoplasias que dão ao acometido, o direito ao início do tratamento dentro do prazo, que o mesmo é estipulado. Retirado do banco de dados do SIS/SUS, em pesquisas apontadas pelos autores (Sobral, et al, 2021), que mostra de maneira mais clara, como os aparatos legais da lei supracitada, refletiram na demanda de atendimentos, realizados em tempo oportuno, desde a sua criação. Com base, na priorização do tempo hábil para início de tratamento oncológico, que é o objetivo central da lei,

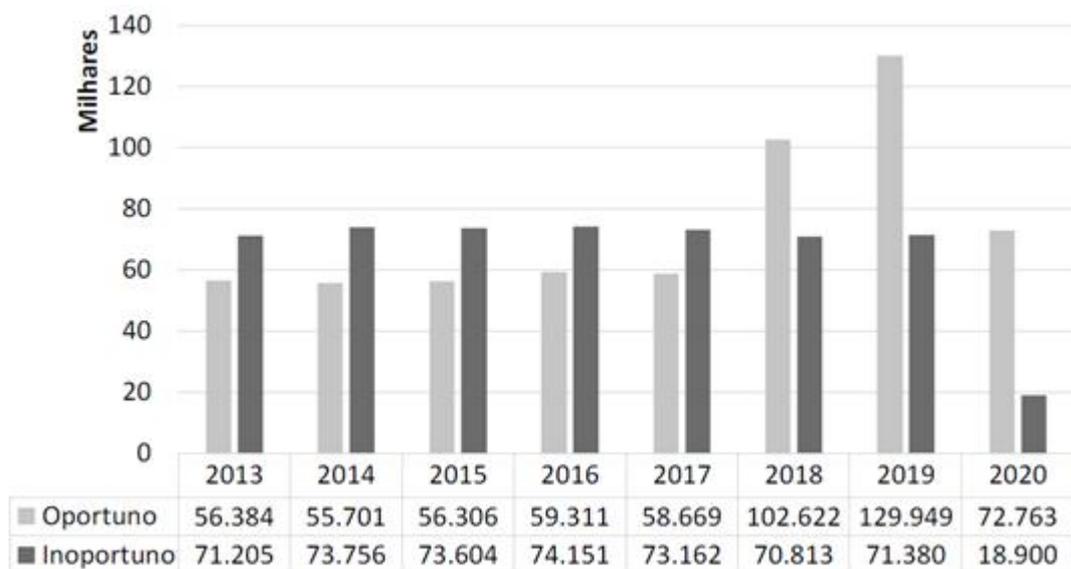
várias pesquisas, desenvolvidas em diferentes Regiões do país, revelam que o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento supera, consideravelmente, aquele estipulado na Lei dos 60 Dias. Entre 2012 e 2014, no Distrito Federal, mulheres com câncer de mama precisaram esperar, em média, 211,8 dias para iniciar a terapia. Já no Amazonas, em 2016, a mediana de tempo de espera foi de 111 dias para diversos grupos de neoplasia. Outrossim, segundo revisão integrativa recente, a grande maioria dos pacientes não consegue iniciar o tratamento antes de três meses (Sobral, et al, 2021, p.2)

Esse cenário, conforme os autores apresentam em algumas regiões demográficas do país, o início para o tratamento, só ocorre após o prazo estipulado, levando os usuários a filas de espera. Cujas as consequências, impactam negativamente ao longo do tratamento, logo diminuindo as chances de sobrevivência dos acometidos com o câncer. Os dados colhidos para a observância da prevalência da Lei 12.723/2012, analisou variáveis durante os anos de 2013 a 2020, conforme gráficos abaixo

**Gráfico 1** - Distribuição relativa dos casos de neoplasias malignas registradas no PAINEL-Oncologia, 2013-2020, Brasil



**Gráfico 2** - Distribuição absoluta dos casos de neoplasias malignas registradas no PAINEL-Oncologia, 2013-2020, Brasil



**Fonte:** (Sobral, et al, 2021)

Conforme os gráficos apresentados acima, pelos autores, do PAINEL-Oncologia, o cenário brasileiro, entre os anos de analisados após a implementação da Lei de 60 dias, é notório observar que houve nos últimos 3 anos até o final da pesquisa, que a os índices de

início de tratamento em tempo oportuno, elevou comparado ao início de tratamento em tempo não oportuno. Conclui-se que, a importância das análises desta variável, através dos sistemas do SIS/SUS, é fundamental para o acompanhamento da operacionalidade da Lei 12.723/2012, além de estimular a criação de novas políticas de saúde, que reduzam o tempo de espera para o início do tratamento aos usuários acometidos por neoplasias malignas.

Entretanto, para os autores Finger e Limberger (2019), trazer uma discussão acerca do tempo de espera, e quais os impactos na vida dos usuários quando esse tempo é excedido, trazendo consequências negativas ao tratamento ou até mesmo irreversíveis, causando o aumento da mortalidade pela doença. Os autores trazem, que em alguns países como o Canadá, o prazo para início do tratamento é menor 30 trinta dias, diferente do Brasil pois a rede pública de saúde atualmente, não possui tal capacidade, de suprir um tratamento em um espaço de tempo menor.

Ou seja, somente a criação de uma lei como a de 60 dias, na reflexão dos autores não é suficiente para trazer uma mudança na realidade, precisando haver maiores intervenções para que esse objetivo seja realmente alcançado. “É preciso que haja a aplicação de recursos para que o comando da regra jurídica produza efeitos, alcançando o maior número de pessoas que necessitam daquele serviço público.” (Finger; Limberger, 2019, pg.160), desta forma fica explicito a necessidade da intervenção maior do estado, com investimentos nos programas ofertador pelo SUS.

A Lei 12.732/2012, portanto, representa um avanço importante na diminuição de mortes, na medida em que o começo do tratamento oncológico em tempo oportuno evita a redução das chances de cura ou de sobrevivência da doente. Por outro lado, o tempo de espera para usufruir dos serviços do SUS é o principal problema apontado pelos seus usuários. Tal dificuldade foi constatada nesta pesquisa: durante o período avaliado (2010 a 2015), observou-se que a média de pacientes com câncer de mama que iniciaram o tratamento no prazo, no segmento “sem diagnóstico e sem tratamento”, foi de 76,1%. Por outro lado, o segmento “com diagnóstico e sem tratamento” apresentou um índice bem menor: 41%. (Finger; Limberger, p. 123, 2019)

Pois nos resultados das pesquisas, sobre o tempo para início do tratamento em pacientes diagnosticados com câncer de mama, segundo os autores foi identificado uma redução nos índices de mortalidade, o que demonstrou a importância da implementação da lei 12.732/2012. Assim como na citação acima, podemos observar que o SUS ainda precisa melhorar os sistemas de regulação dos atendimentos, para atender as demandas que conforme os estudos se tornaram maior durante os anos, com mais pessoas sendo diagnosticadas com algum tipo de neoplasia.

De acordo com as informações da agência Brasil, os gastos do Sistema Único de Saúde com o tratamento oncológico, chegaram a 4 bilhões só no ano de 2022. Os custos com exames ambulatoriais, cirurgias, internamentos, tratamentos quimioterápicos e radioterapia, chegou a ser 3% dos custos voltados à política de saúde. No que diz respeito aos pacientes oncológicos, também foram criados investimentos e criações de algumas leis, que servem para simplificar o acesso dos pacientes com câncer, no Sistema Único de Saúde.

Conforme Ribeiro ocorreu a criação da Lei Nº 12.732 de 22 de novembro de 2012, que prevê um prazo de até 60 dias para dar início ao tratamento oncológico, a todo aquele que tiver um diagnóstico de neoplasia maligna (Ribeiro, 2014, p.17). A criação da lei supracitada, prevê um tempo limite para que o início do tratamento oncológico sendo ele, radioterapia, quimioterapia ou cirurgias oncológicas não ultrapasse o limite, e acabe interferindo na porcentagem de cura dos usuários.

Apesar dos grandes avanços e conquistas, que sucederam a criação do Sistema Único de Saúde, e a reforma sanitária que abriu as portas, para os debates acerca do papel do estado mediante a essa política. Foi do século XX para o século XXI, que trouxe um outro panorama para o contexto nacional de enfrentamento ao câncer, pois de acordo com a autora Renata Farias atualmente, “a rede de atenção oncológica não possui estrutura suficiente para permitir, aos pacientes com câncer, acesso oportuno e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento de câncer” (Farias, 2020, p. 7), ou seja, o cenário ainda é bastante preocupante, no sentido do pleno acesso ao SUS.

As dificuldades em investimentos com infraestrutura, equipe especializada, entre outros, dificulta ainda mais o processo de início de tratamento. Tendo em vista que o câncer é uma doença que se espalha muito rápido, e a falta de acesso dos usuários no SUS, acaba reduzindo ainda mais as chances de recuperação, podendo levar a óbito muitas pessoas que não conseguem um diagnóstico imediato da doença, o que torna ainda mais grave a negligência dos serviços ofertados aos usuários, que já é demasiadamente falho. (Faria, 2020, p. 7).

Todo o sistema judiciário Brasileiro, conta com o apoio dos representantes legais que compõem a câmara federativa, nos quais possuem o poder de legislar e fiscalizar as demais autoridades do poder executivo. Também é da responsabilidade desses representantes, a implementação de leis que beneficiem a sociedade, como os parâmetros legais de execução, para que as leis sejam devidamente cumpridas,

O Poder Público, no caso de omissão em garantir o mínimo existencial aos cidadãos, cria espaço para a judicialização do direito à saúde. Há grandes debates acerca do tema, em razão do impacto orçamentário que as decisões judiciais podem acarretar. E até mesmo em função de não ter havido a escolha dos membros do Poder Judiciário por meio do sistema representativo, para que pudessem adotar decisões de natureza política, tal como ocorre com os membros dos Poderes Legislativo e Executivo (Rocha, 2013, p.35).

Desta forma é possível entender, como a tomada de decisões acerca da criação de leis que beneficiem a sociedade, em caráter social é pensada pelos governantes. E como as questões que envolvem, os gastos públicos e orçamentários do estado, tem impacto na aprovação de políticas voltadas a área da saúde, que por sua vez reflete na vida de todos os Brasileiros, que necessitam e tem o Sistema Único de Saúde como único meio de atendimento, tendo em vista que a maior parcela da sociedade, não possuem condições financeiras de arcar com tratamentos particulares nas redes privadas de atendimento hospitalar.

## **2. O ASSISTENTE SOCIAL E A LEI DE 60 DIAS: UM PANORAMA DA GARANTA DE DIREITOS**

A importância do profissional Assistente Social, para acompanhamento, prestação de informações, e na construção de políticas, que ampliem o acesso aos pacientes oncológicos maior visibilidade. Faz parte de um dos muitos instrumentos técnico operativo da profissão, que conta com a uma percepção crítica da realidade dos usuários, e das características do sistema de saúde brasileiro.

Fazemos uma reflexão acerca da implementação da Lei de 60 dias, que é o prazo para início de tratamento oncológico. As dificuldades e obstáculos que os usuários do sistema único de saúde sofrem para ter acesso a garantia de direitos. As políticas que complementam a lei e que trazem meios de viabilizar que o tratamento seja iniciado em tempo hábil.

Posteriormente destacaremos a garantia de direitos, dos usuários do SUS e analisando as fragilidades do Sistema, e as condições reais de acesso aos programas dentro da realidade brasileira, mostrando também os obstáculos que os Assistentes Sociais enfrentam durante o exercício profissional no contexto da política de saúde. E como o câncer afeta a classe mais vulnerável da sociedade, mostrando assim que mesmo com um programa criado para ser inteiramente gratuito e integrado, ainda possui lacunas a serem preenchidas.

### **2.1 Reflexões acerca da Lei 12.732/12 e o Assistente Social**

É importante pontuar que, com a criação do Sistema Único de Saúde, foi estabelecido um novo conceito ampliado de saúde. Que por sua vez, regido pela constituição de 1988 e de acordo com as diretrizes da reforma sanitária.

Art 3º os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinante e condicionantes entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços assistenciais (Brasil,1990)

A criação do Sistema Único de Saúde, com este novo conceito ampliado de saúde propicia reflexões sobre o acesso aos direitos. No quesito de direitos, surge os parâmetros para a atuação dos Assistentes Sociais na saúde (Brasil, 2010), onde são destacados em quatro eixos: Atendimento direto aos usuários, mobilização, participação e controle social, investigação, planejamento e gestão, assessoria, qualificação e formação profissional.

O Atendimento direto aos usuários é desenvolvido nos diversos espaços de atuação profissional, desde a atenção básica até a média e alta complexidade. Sendo as ações predominantes as socioeducativas.

Em relação ao eixo mobilização, participação e controle social, ocorre o destaque da participação dos usuários, para garantir o acesso aos direitos. Já no eixo referente ao desenvolvimento da assessoria, qualificação e formação profissional, é centrada no processo de fortalecimento do controle democrático.

De acordo com os autores (Gioia, et al, 2019), as altas taxas de mortalidade em decorrência de neoplasias, em países de média e baixa renda, até o ano de 2018, teve como principais fatores a ausência de acesso dos usuários do SUS. Pois, a demora em conseguir um atendimento, e um diagnóstico clínico especializado, levam aos acometidos com câncer, a descobrir a doença em estado mais avançado. Dificultando assim as chances de recuperação, e de um tratamento mais eficaz.

Ainda conforme os autores, quando comparado às taxas de diagnósticos, no início da doença em países subdesenvolvidos e países desenvolvidos é notório que enquanto, “nos EUA, 60% dos cânceres de mama são diagnosticados numa fase inicial da doença, enquanto no Brasil isto é verdade para apenas 20% dos diagnósticos.” (Gioia, et.al. 2019, p. 2). Essa problemática vem refletindo negativamente, revelando a falta de promoção ao autocuidado, os obstáculos dos usuários, na garantia do acesso a política de saúde no Brasil, também agravam a situação, levando-o a essa porcentagem baixa, de diagnósticos precisos no início da doença.

Com tudo, tendo em vista esse cenário preocupante, em 2012 foi pensado e criado a lei 12.732/12, conforme (Gioia, et. Al, 2019). Visando combater os índices baixos de diagnósticos, e viabilizar um acesso mais “rápido” aos usuários do SUS. A lei de acordo com seus artigos, que vão do Art 1º ao Art 5º preconiza, o acesso dos pacientes diagnosticados com câncer, para início de tratamento oncológico no prazo de 60 dias, além desse prazo é estipulado, que os pacientes que forem diagnosticados, com a neoplasia maligna tenham seus exames elucidados, em um prazo de 30 dias, este artigo foi incluso a partir da (Lei 13.896, 2019).<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup>Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica.

A criação da Lei supracitada, que foi inserida no Governo da ex-presidente Dilma Rousseff<sup>5</sup> no ano de 2012, foi acompanhada, de acordo com a autora Renata Farias (2020), pela portaria nº 876 de 2013, que serve como complemento para avaliar o cumprimento da “Lei de 60 dias”, que também “preconiza princípios e diretrizes relacionados à vigilância, monitoramento e avaliação do câncer no país” (Farias, 2020, p. 8). Com isso o usuário pode contar a partir do momento, que o diagnóstico médico de neoplasia seja apontado no prontuário.

Dados colhidos pela autora citada acima, revelam que durante o período em que a Lei 12.732/12, foi sancionada e um intervalo de tempo, para que houvesse a adequação da mesma. Apresentou eficácia em metade dos estados brasileiros, os dados apresentados mostram que foram encontradas dificuldades nas regiões norte e nordeste, onde houve declínios dos casos de pacientes que conseguiram atendimento antes dos 60 dias.

Dentre dificuldades do acesso ao tratamento no tempo preconizado pela lei e consequentemente a adequação das Unidades Federativas cita-se a demora no sistema de encaminhamento e agendamento de consultas, infraestrutura e capacidade de atendimento para oncologia. Em relação aos profissionais, uma análise da proporção de pacientes por oncologista encontra um déficit para suprir a demanda de atendimento principalmente no Norte e Nordeste. A concentração de oncologista encontra-se majoritariamente nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul. A falta de oncologista implica na necessidade de deslocamento dos pacientes, para conseguirem receber tratamento e acompanhamento adequado (Farias, 2020, p. 23).

É notório que as desigualdades entre os estados brasileiros, no que diz respeito aos investimentos feitos, para a política de saúde no combate ao câncer. Acaba levando um contexto de ineficiência do estado em trazer investimentos a essas regiões, onde necessitam de atenção oncológica e especializada, levando em consideração os índices de mais casos de câncer diagnosticados, com início de tratamento fora do prazo estipulado.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde o (CONASS), a Política Nacional de Atenção Oncológica, foi criada com o intuito de “Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas.” (Brasil, 2005). Com isso, os municípios que contém os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)<sup>6</sup>, podem usufruir de recursos e de uma equipe mais

---

<sup>5</sup>Dilma Vana Rousseff GCMD é uma economista e política brasileira. Filiada ao Partido dos Trabalhadores, foi a 36.<sup>a</sup> Presidente do Brasil, tendo exercido o cargo de 2011 até seu afastamento por um processo de impeachment em 2016.

<sup>6</sup> Os estabelecimentos de saúde habilitados como Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), devem oferecer assistência geral e especializada, e

especializada no tratamento e prevenção do câncer.

Os Assistentes Sociais inseridos na área de atenção à saúde, possuem uma visão abrangente, das dificuldades e questões em volta da vida dos pacientes oncológicos. Segundo a mesma, a realidade da situação cotidiana desses usuários, “expressa a questão social e contribui para o surgimento e o agravamento da situação de enfermidade que atinge inúmeras famílias em estado de pobreza e extrema pobreza” (Frossard, *et al.*, 2020, p. 4). A situação agrava o estado mental e social dos usuários, que além de lidar com uma doença e tratamento que limita a capacidade física desses sujeitos, que por sua vez acabam afastando-se do mercado de trabalho, ficando dependentes de benefícios sociais ou até mesmo sem nenhuma renda.

O olhar do Assistente Social, no acompanhamento desses usuários durante o início e ao longo do tratamento de neoplasias, ocupa um espaço significativo na produção de informações pertinentes e de viabilização dos direitos que esses usuários devem conhecer e reivindicar. Atuar profissionalmente em um espaço que lida com as questões frágeis, ligadas ao emocional dos usuários requer uma observação humana e social, que traz a reflexão das problemáticas sociais contemporâneas. Devemos considerar que os movimentos sociais e a luta na defesa dos direitos dos usuários na área da saúde, alcançou resultados consideráveis, tendo em vista que a sociedade brasileira passou por momentos de crises econômicas, advindas do capital e com influências de um estado neoliberal, que nesta perspectiva,

São expressivas na área da saúde, por exemplo, suas conquistas no campo das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS, dos transplantes, dos medicamentos de alto custo, entre tantas outras. Por outro lado, é bastante significativa a profunda reflexão de Marx, em sua *Crítica da Filosofia do Direito de Hegel* (2010) no sentido de nos afastarmos da ilusão jurídica de pensar que onde há leis, há também justiça. O próprio cotidiano de trabalho nos mostra quantas violações e violências ocorrem na vida dos sujeitos que são demandantes e/ou usuários da Assistência pela mediação das intervenções socioinstitucionais. (Martinelli, 2011, p.12)

Conforme citado acima, vemos na prática profissional que muitas vezes, as leis que são determinadas impostas pelo estado, não trazem com sigilo a segurança que o serviço será realmente atendido. O que acaba causando nos profissionais um sentimento de frustração, mediante as necessidades dos usuários, ficando explícito a necessidade dos profissionais Assistentes Sociais, liderarem junto a população, movimentos de reivindicações na

---

integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico e tratamento do paciente, independentemente de ser a natureza do estabelecimento de saúde pública ou privada.

construção de Leis que permitam o acesso amplo, aos serviços ofertados pelo SUS. Bem como incentivar a participação desses cidadãos nas decisões democráticas e construção das políticas públicas.

É fundamental pontuar que, além de ser indispensável às políticas de atenção oncológica, os profissionais que fazem parte, dos CACON, são tão importantes quanto, os principais métodos de tratamento no enfrentamento ao câncer. A autora ainda cita que os profissionais da área do Serviço Social, possuem um embasamento metodológico e conhecimento, das políticas e direitos sociais, que contribuem para minimizar os anseios dos pacientes com câncer. (Farias, 2007).

Com isso, a contribuição na criação de políticas, e o próprio acompanhamento da execução da Lei 12.732/12, acabam trazendo resultados mais precisos. Identificando o que deve ser melhorado, para que os acometidos com câncer, tenham um acesso mais pleno a esses serviços. Levando em conta as pesquisas que apresentam o antes e depois da lei de 60 dias, os resultados que avaliam se a lei está sendo devidamente cumprida e alcançando o objetivo desejado. Na área da saúde em termos técnicos a autora pontua que,

Os(as) assistentes sociais na área da saúde são legitimados enquanto profissionais inseridos na divisão sócio e técnica do trabalho, para assim operacionalizar as demandas que refletem as manifestações e aparecem no cotidiano da vida social, e as requisições postas nos serviços públicos de saúde. Dessa forma, no serviço de saúde, a inserção do(a) assistente social no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população, é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem à partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil (Farias, 2007, p.18).

Essas atribuições que os Assistentes Sociais, desenvolvem no âmbito da política de atenção à saúde, Conforme o código de ética da profissão, que afirma a responsabilidade e “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (CEFSS, 1993). Vem reafirmar todo o trabalho desempenhado, em prol dos direitos dos pacientes com câncer.

Mesmo com o aparato legal, que provém das Leis e regulamentos, os profissionais Assistentes Sociais, que estão inseridos na área da Saúde, encontram diversas dificuldades, diariamente durante na execução de seu trabalho. A carga de lidar com situações que representam a falta de humanização dos serviços públicos, descaracteriza a natureza dos direitos, de acordo com os autores (Pereira, et al, 2022), é que “A área de saúde para profissional de serviço social é vista como um desafio por conta das vulnerabilidades sociais e

econômicas apresentadas como demandas diárias” (Pereira, *et al.*, 2022, p. 1).

Desta forma, diante do que foi exposto acima, fica claro que os Assistentes Sociais, além de lidarem com as questões socioeconômicas desses usuários, que estão fisicamente doentes. Os profissionais também enfrentam as fragilidades ligadas, às Questões Sociais, que são frutos das desigualdades existentes na realidade do Brasil, e que afetam diretamente usuários do (SUS), que geralmente fazem parte da classe mais pobre e vulnerável do país.

Dentro do SUS, a presença dos profissionais Assistentes Sociais segundo o Conselho Federal de Serviço Social (CEFSS), é indispensável, pois realizam o trabalho de acompanhar a execução de políticas e Leis, viabilizam o acesso dos usuários a direitos básicos pertinentes a área socioeconômica das famílias e indivíduos. Além de coordenar, elaborar e planejar projetos de ação em prol dos usuários, articula junto às equipes multiprofissionais e implementam práticas do campo de visão técnico metodológico do Serviço Social (CEFSS, 2010).

Os obstáculos enfrentados pela população mais carente, e usuária dos serviços públicos, que tem seu acesso negado, fazem parte de uma conjuntura afirmativa de caráter desigual, e contraditória característica do modo de produção capitalista “a ‘Questão Social’ expressa a banalização do humano, resultante de indiferença frente à esfera das necessidades das grandes majorias e dos direitos a elas atinentes” (Yazbek; Iamamoto, 2019, p. 37). Segundo as autoras, a falta e a dificuldade de acesso aos direitos sociais e básicos, como é a política da saúde, se torna mais uma das expressões da “Questão Social”, frente aos interesses da classe trabalhadora (Yazbek; Iamamoto, 2019, p. 37).

É nesse contexto, que a população que enfrenta as dificuldades de acesso à Lei de “60 dias” é inserida, muitos usuários nem mesmo sabe da existência da Lei, que assegura o limite de tempo oportuno, para início do tratamento. Segundo Fabíola Vieira (2020), para que a população desfrute realmente de todos os bens e direitos, que o estado oferece na área da saúde. A distribuição e preocupação com essa política deve ser igualitária para todos, entretanto conforme a autora,

No Brasil, fatores socioeconômicos estão associados fortemente às diferenças de acesso e de qualidade dos serviços de saúde ofertados à população. Na área de saúde da mulher, a cobertura pelo exame de rastreamento para câncer de colo de útero e para câncer de mama foi de 80% e de 54,5%, respectivamente, para os públicos-alvo recomendados pelo Ministério da Saúde em 2013. Em ambos os casos, a cobertura foi maior para mulheres vivendo nas regiões Sudeste e Sul, brancas, com maior escolaridade e plano de saúde. As diferenças regionais para o rastreamento do câncer uterino foram menores do que para o rastreamento do câncer de mama, o que revela maior desigualdade de oferta de mamografias (Theme Filha *et al.*, 2016). (Vieira,

2020, p.18)

Não só exames preventivos como é o caso das mamografias, mas também os atendimentos ambulatoriais e de emergência, nos centros de alta complexidade, só chegam a atender, segundo o autor, cerca de 8,9% a 20,1% das regiões. Com isso os usuários tendem a procurar assistência em localidades ou cidades mais distantes de onde residem.

Com esses dilemas e obstáculos, que são encontrados durante o processo de atendimento, diagnóstico e tratamento, os usuários acabam sendo desmotivados a continuar com o tratamento oncológico, ou são orientados a procurar outros meios para acesso aos serviços, “Nas últimas décadas, tem-se assistido à ampliação das demandas judiciais em assuntos de saúde, situação está que se convencionou chamar de judicialização da saúde” (Vieira, 2020, p. 25). Os usuários acabam entrando em defensorias públicas, na tentativa de conseguir com que seus direitos sejam realmente alcançados, transformando a justiça Brasileira em um meio de viabilizar um recurso que deveria ser acessado desde um contato primário.

## 2.2 Garantia de direitos, o usuário e o SUS

Conforme citado o processo de criação e implementação da Lei 12.732/12, em qual contexto ela foi inserida, o objetivo da Lei na busca de melhorar o acesso dos pacientes oncológicos, entre o diagnóstico e início de tratamento. Os apontamentos ligados, a importância participatória e o acompanhamento do profissional Assistente Social, a esses usuários do SUS.

Para Pereira (2019), partindo de uma concepção Marxista, sobre a garantia de direitos sociais, não podemos falar de direitos sem entender que eles não se explicam por si só, mas devemos entender que, a garantia de direitos nasceu da manifestação das relações sociais. Onde a classe dominante, entende que para manter a organização e dominância, devem conceder meios para que a classe dominada se reproduza. Ou seja, deve ser garantido pelo estado pelo menos, o mínimo de políticas sociais, que atendam a necessidade primária e essencial para sobrevivência dos indivíduos.

Com isso temos a criação dos direitos básicos e fundamentais, presentes no cotidiano da classe trabalhadora, tendo em vista que sem esses direitos, a classe dominada não teria condições de se reproduzir socialmente. Implicando no futuro do modo de produção a qual

estamos sujeitos, que para Marx tudo que envolve as desigualdades sociais, tem relação com o capitalismo e suas contradições (Pereira, 2019, p. 56). Sendo o capitalismo o próprio gerador dessas desigualdades.

Diante disso sabemos, que os direitos sociais, provêm das expressões de uma sociedade capitalista desigual, conforme mencionado acima. É nesse sentido, que as neoplasias/cânceres se manifestam na população mais carente, conforme Almeida (2018), que traz um estudo sobre o câncer de colo uterino nas mulheres brasileiras de baixa renda, a autora revela que,

Nesse sentido, os determinantes sociais de saúde possuem relevância tanto no risco ao adoecimento por câncer, pois os usuários que se encontram em situação de vulnerabilidade social estão mais expostos a fatores de risco, quanto nas condições de acesso da população ao diagnóstico precoce e ao tratamento da doença. Com isso, compreende-se o câncer como expressão das determinações estruturais da realidade brasileira, sob as quais se condicionam as desigualdades sociais, o desmonte das políticas sociais e de saúde (Almeida, 2018, p. 3).

Portanto é refletido na qualidade de vida e os aspectos socioeconômicos, dos acometidos pelo câncer, revelam que há maior probabilidade das pessoas mais pobres adoecerem e desenvolverem a doença, em comparação com a população mais abastada da sociedade. Esses aspectos econômicos, também acabam influenciando conforme a autora no acesso desses pacientes periféricos, “compreendendo assim que essas desigualdades se manifestam também no acesso e na utilização dos serviços de saúde” (Almeida, 2018, p. 4). Que já são demasiadamente falhos.

O Brasil passou por uma inovação minuciosa na área da saúde, com a criação do SUS. Aumentando assim suas taxas de natalidade e a expectativa de vida dos brasileiros, que antes deste programa unificado segundo os autores, “proviam serviços para uma pequena parcela da população, enquanto a maior parte dos brasileiros (estimada em cerca de 80% ou mais) dependia da misericórdia ou do seu próprio destino” (Saldiva; Veras, 2018, p. 49), podemos dizer, a partir deste pensamento, que hoje o sistema de saúde brasileiro, passou a ser utilizado pela maior parte da população, que antes não tinha este acesso.

Conforme Gawryszewski, Oliveira e Gomes “o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública que vem sendo construída em um contexto de dimensões políticas, tecnológicas, ideárias e sociais” (Gawryszewski, *et al.*, 2010 p. 120). De acordo com este pensamento dos autores, percebe-se que o SUS se tornou um programa de construção social,

que necessita da participação de todos que desejam a inovação e integralidade deste serviço para com a população, porém os autores pontuam ainda que

O cotidiano, no entanto, mostra que o pressuposto de existência de uma porta de acesso por meio da rede básica de saúde é fictícia e, na verdade, representa a imposição de diversas barreiras ao acesso da população aos serviços. Os exemplos do não esgotamento dos recursos no primeiro nível de atenção antes do encaminhamento para níveis mais complexos são frequentes e caracterizam a pouca utilização da tecnologia leve e a queima de etapas no processo de cuidado em saúde. Esse quadro exige a reflexão sobre a restrição de acesso aos recursos de alta e média complexidade, apontando o fracasso dos fluxos existentes, configurando longas filas de espera para o atendimento pretendido, que não conseguem ser debeladas pelos fluxos normais preconizados. A responsabilização do profissional com o sujeito atendido, com o estabelecimento de um maior compromisso, resulta num encaminhamento mais adequado às necessidades do usuário e com mais informações (Gawryszewski, *et al.*, 2010, p. 125).

Conforme exposto pelos autores acima, na realidade o SUS ainda mostra muitas fragilidades, e depende de mais ampliações para que possa atender a maior parte dos brasileiros. A falta de leitos, hospitais sucateados, profissionais que trabalham com o mínimo de equipamentos, entre outros obstáculos, é uma realidade e implica diretamente na qualidade e no acesso dos usuários (Gawryszewski, *et al.*, 2010).

No Brasil, as incidências de tipos de neoplasias e tumores são manifestadas por cada região do país de maneira distinta e de acordo com a realidade social e socioeconômica. Um exemplo disso seria o fato do sul e sudeste apresentarem maior incidência de câncer no pulmão, esôfago e cavidade oral, provocados segundo a autora por serem “regiões mais industrializadas e com maior prevalência de tabagismo (INCA, 2004)” (Filho; *et al.*, 2008, p. 430).

O diagnóstico e o tratamento de qualquer tipo de câncer/neoplasia gera nos pacientes/usuários vários fatores negativos, segundo os autores Simão; Santos; Oliveira; Santos; Hilário e Caetano (2010), o desequilíbrio emocional está entre esses sentimentos que são gerados. Desta forma o SUS oferece aos usuários e seus familiares um apoio humanizado, que é trabalhado com a equipe multiprofissional, entre esses profissionais, o Assistente Social, por sua vez, tem papel e atuação imprescindíveis frente aos direitos dos usuários com câncer. Principalmente, quando esses encontram-se em cuidados paliativos conforme os autores pontuam:

Os cuidados paliativos não prolongam a vida, nem tampouco aceleram a morte. Na verdade, eles são implementados para atender, de forma mais humanizada possível, ao paciente e à sua família. Os profissionais que adotam essa postura procuram estar presentes nas diferentes fases do processo de doença e dando não somente suporte físico, mas também assistência emocional, social e espiritual durante a fase terminal

e de agonia do paciente. Além disso, esses profissionais também procuram auxiliar a família e os amigos a lidar com a questão (Simão, *et al.*, 2010 p. 357).

Ao longo do processo de tratamento e cuidados paliativos, ainda segundo os autores Simão; Santos; Oliveira; Santos; Hilário e Caetano (2010), por conhecer as fragilidades do sistema e as questões sociais ligadas ao cotidiano dos usuários, os Assistentes Sociais trabalham não só na viabilização de direitos, como também atuam na promoção da qualidade de vida e emancipação humana desses usuários. Com isso, houve um aumento considerável de contratações de Assistentes Sociais nos hospitais brasileiros, e cada vez mais se faz necessária a inserção desses profissionais na área da saúde, Simão; Santos; Oliveira; Santos; Hilário e Caetano (2010).

Mesmo com todo aparato legal que as Leis e programas de atenção oncológica oferecem aos usuários do SUS, os Assistentes Sociais ainda possuem muitos desafios e enfrentamentos a serem sanados dentro da política de saúde. Segundo a especialista Sandra Neves, em entrevista ao CRESS (2020), a falta de acesso à informação, é um dos problemas mais sérios dos pacientes oncológicos, fazendo muitos procurarem ou mesmo ter acesso tardio às leis e demais direitos que o SUS assegura (Neves, 2020).

Além do grande problema de falta de acesso à informação, sabemos que a precarização dos serviços, que o Sistema Único de Saúde enfrenta, não provém apenas deste elucidado acima, mas o estado, como principal fornecedor e gerenciador de recursos, acaba prejudicando as leis e programas voltados à saúde. Um exemplo são os cortes recorrentes nos programas de atenção à saúde. O mais recente segundo dados do Conselho Nacional de Saúde em 2023, estima uma perda de cerca de 22,7 bilhões de reais, o que agrava ainda mais o acesso dos usuários aos sistemas públicos de saúde (Governo Federal, 2020). Os cortes diminuem as chances desses usuários terem acesso ao tratamento em tempo oportuno, prejudicando o tratamento contra a doença.

Segundo Ploeg e Pfeiffer (2022) durante o governo Bolsonaro, que durou entre os anos de 2019 a 2022, os cortes na saúde geraram danos e impactaram negativamente o atendimento oncológico, tanto na distribuição de medicamentos como na aquisição de insumos, e ampliação do atendimento. Além dos cortes, os altos custos da indústria farmacêutica sobre os medicamentos, que auxiliam no tratamento oncológico, fazem parte de mais um dos desafios a serem enfrentados (Ploeg; Pfeiffer, 2022).

A falta de acesso aos serviços do SUS, segundo os autores Saldiva e Verás (2018), gera ainda mais gastos ao estado, e prejudicam a perspectiva de vida dos pacientes. Pois a judicialização acaba virando uma alternativa que os usuários tendem a recorrer, causando frustrações e prejudicando ainda mais o tratamento. Segundo os autores o próprio sistema judiciário também não está preparado para entender a realidade do SUS.

A judicialização da saúde é outro aspecto que precisa ser discutido e abordado de forma clara e transparente de forma a reduzir os custos e melhorar a gestão do sistema. Em poucas palavras, a judicialização é um termo cunhado para exemplificar as manifestações judiciais que obrigam o sistema de saúde a fazer procedimentos ou adquirir remédios para pacientes específicos em virtude da complexidade e altos custos tratamento. A maior parte dos custos da judicialização da saúde (estimados em 1 bilhão de reais em 2015) fica por conta de medicamentos para doenças raras ou não regulamentados pelas autoridades de saúde. No mais das vezes, há boa intenção do juiz, mas há também exemplos de notável despreparo do judiciário. A obrigatoriedade de fornecimento de um medicamento ineficaz (a fosfoetanolamina para o tratamento do câncer) ou exigir, por exemplo, a realização de um transplante de coração em 24 horas (esquecendo-se, por exemplo, de que é necessário haver um doador compatível), mostra que o desconhecimento também permeia muitas dessas decisões. O Brasil precisa tomar uma decisão, seja qual for ela, ante esses pontos. Devemos investir muito em poucos, esquecendo-se que falta o pouco para muitos? Não se pode postergar essa decisão ainda mais (Saldiva, *et al.*, 2018, p. 58).

Conforme a citação acima, percebemos como a área da saúde e seus programas são negligenciados, quando deveriam ser gerenciados de forma eficaz em prol da qualidade de vida e bem estar dos usuários. Entretanto, não é isso que acaba acontecendo, sendo necessário os usuários recorrerem a instâncias superiores para terem atendimento e acesso imediato dos serviços.

Conclui-se que, para atender as necessidades da sociedade no que tange à política de saúde, e especificamente os pacientes com câncer, pois de acordo com a Lei 12.732 (2012) eles possuem prioridade no acesso ao serviço de saúde. E ter esse direito negligenciado traz danos irreversíveis à sociedade e ao próprio estado. Devido ao câncer ser uma patologia considerada de alta complexidade, exige de seus acometidos um tratamento invasivo e prolongado, que necessita de atenção minuciosa para que seja eficaz, ou que os cuidados paliativos em detrimento do estágio terminal do usuário sejam minimamente humanizados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O primeiro capítulo deste trabalho, deixa explícito como o câncer é uma doença que por si só traz ao acometido uma carga emocional desgastante, desde o seu diagnóstico ao longo e difícil tratamento. Tendo em vista o aumento de casos da doença e as perspectivas de novos casos a serem identificados aumentando cada vez mais, acende o alerta para o quanto o Sistema Único de Saúde precisa estar devidamente preparado para receber um percentual elevado de pessoas com câncer. Por este e outros motivos, interligados à política, cultura e sociedade, o câncer é identificado como uma das expressões da questão social e é tratado como um problema de saúde pública.

Ao realizar as pesquisas para a construção desta monografia, percebe-se o quanto o Brasil avançou nas políticas públicas de atenção à saúde, voltadas aos pacientes oncológicos. Todavia, necessita ainda de grandes modificações e aperfeiçoamento, para que o Sistema Único de Saúde atenda a todos os brasileiros de maneira descentralizada e integrada com a criação de leis e políticas voltadas ao acesso e à qualidade dos serviços ofertados.

A Lei 12.732 de 22 de novembro de 2012 veio para tentar corrigir as dificuldades de acesso aos serviços e tratamentos aos pacientes oncológicos, numa tentativa de “priorizar” o acesso mais rápido ao início do tratamento. A vista dos profissionais Assistentes Sociais que acompanham a trajetória dos usuários e familiares desde o diagnóstico ao tratamento, alta ou aos cuidados paliativos. Percebe-se a importância dos profissionais que entendem além das questões socioeconômicas dos usuários, como também entendem as fragilidades do próprio sistema no qual se insere esses indivíduos, e como a criação da lei supracitada, por si só, ainda não consegue sanar a problemática do acesso dos usuários em tempo hábil para o início do tratamento.

As pesquisas e debates desenvolvidas na presente monografia fazem parte de uma pequena observação dentro do assunto que foi especificado para o debate, o tema na área da saúde e principalmente sobre o acesso e direitos dos usuários é muito amplo, e acaba abrindo discussões em diversas áreas, pois ao falar de saúde, qualidade de vida e acesso aos serviços ofertados pelo estado, não podemos ignorar o fato, deste ser o responsável por garantir tais direitos resguardados constitucionalmente. A realização deste trabalho teve como principal objetivo discutir e abordar os direitos que os pacientes oncológicos conquistaram ao longo dos anos, como também os obstáculos enfrentados para terem um acesso a esses direitos.

Concluo que os Assistentes Sociais inseridos na área da saúde possuem arcabouço teórico e metodológico para realizar um trabalho que auxilie na construção de políticas públicas e leis que viabilizem ainda mais o acesso dos usuários dentro do SUS, assim fazendo-se necessário a sua intervenção, dentro dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia como nas demais Unidades de Saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Karina Isabel Vieira de. **Desigualdade Social e Câncer do Colo do Útero: Uma Revisão Sistemática**. Vitoria - ES, 2018. pdf. 25 ago. 2023.
- ALMEIDA, Nemésio Dario. **A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde - SUS**, Universidade Federal de Pernambuco, v. 5, ed. 1, p. 1-9, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v5n1/v5n1a02.pdf>. Acesso em: 4 out. 2023.
- ANDRADE, Victor Piana de; MATOS, Iane Brescovici Nunes de; MIOLA, Thais Manfrinato. **A relação entre os alimentos ultraprocessados e o câncer**. [S. l.], 23 fev. 2023. Disponível em: <https://accamargo.org.br/sobre-o-cancer/noticias/relacao-entre-os-alimentos-ultraprocessados-e-o-cancer>. Acesso em: 23 nov. 2023.
- ARNAL, Audrey; ROCHE, Benjamin; THOMAS, Frédéric. **De onde vem o câncer e por que não desapareceu com a evolução?**. BBC News Brasil, 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-56688632#:~:text=O%20c%C3%A2ncer%20afeta%20todo%20o,de%20500%20milh%C3%B5es%20de%20anos>. Acesso em: 17 out. 2023.
- BRASIL. Presidência Da República Casa Civil Subchefia Para Assuntos Jurídicos. Conjunto de Leis. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988**, de 5 de outubro de 1988. Emenda Constitucional nº 90, de 2015. DOS DIREITOS SOCIAIS, Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm#:~:text=Art.%206%C2%BA%20S%C3%A3o%20direitos%20sociais,desamparados%2C%20na%20forma%20desta%20Constitui%C3%A7%C3%A3o](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm#:~:text=Art.%206%C2%BA%20S%C3%A3o%20direitos%20sociais,desamparados%2C%20na%20forma%20desta%20Constitui%C3%A7%C3%A3o). Acesso em: 25 ago. 2023.
- BRASIL. Conselho Federal De Serviço Social - CFESS. **Código de Ética do/a Assistente Social: Lei 8.662/93 d e Regulamentação d a Profissão**. 10ª Edição Revista e Atualizada. ed. [S. l.], 13 mar. 1993. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf). Acesso em: 17 ago. 2023.
- BRASIL. Conselho Federal De Serviço Social - CFESS. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em: 18 ago. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. 26. ed. Brasília, 2005. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_oncologica.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf). Acesso em: 17 ago. 2023.
- BRASIL. Presidência Da República Casa Civil Subchefia Para Assuntos Jurídicos. **Lei nº LEI Nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. [S. l.], 22 nov. 2012.

Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm). Acesso em: 15 ago. 2023.

BRASIL. Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia. **Fiocruz faz acordo com Inca e detalha gastos com oncologia**. [S. l.], 16 jun. 2023. Disponível em: <[https://www.abrale.org.br/abrale-na-midia/fiocruz-faz-acordo-com-inca-e-detalha-gastos-com-oncologia/#:~:text=Deste%20total%2C%20mais%20de%20R,%25\)%20e%20interna%C3%A7%C3%B5es%20\(10%25\)>](https://www.abrale.org.br/abrale-na-midia/fiocruz-faz-acordo-com-inca-e-detalha-gastos-com-oncologia/#:~:text=Deste%20total%2C%20mais%20de%20R,%25)%20e%20interna%C3%A7%C3%B5es%20(10%25)>). Acesso em: 6 set. 2023.

CABRAL, Edson Araújo (Org.). **Sistema de garantia de direitos: Um caminho para a Proteção Integral**. Recife. Cendhec 1999.

COSTA, Manoela; TEIXEIRA, Luiz. As campanhas educativas contra o câncer. **Cancer education campaigns**, Rio de Janeiro, v. v.17, p. 223-241, 1 jul. 2010.

DA FONSECA, Claudio; MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasília). Secretário de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Promoção Da Saúde**. Brasília: MS, 2022. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_prom\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf). Acesso em: 7 ago. 2023.

DIA Mundial do Câncer: **INCA revela 625 mil casos novos de câncer por ano nos próximos três anos**. [S. l.], 4 fev. 2023. Disponível em: <https://ibcc.org.br/dia-mundial-do-cancer-inca-revela-625-mil-casos-novos-de-cancer-por-ano-nos-proximos-tres-anos/#:~:text=julho%20de%202023-,Dia%20Mundial%20do%20C%C3%A2ncer%3A%20INCA%20revela%20625%20mil%20casos%20novos,ano%20nos%20pr%C3%B3ximos%20tr%C3%AAs%20anos&text=Neste%20dia%20que%20marca%20duas,incid%C3%A2ncia%20da%20doen%C3%A7a%20no%20Brasil>. Acesso em: 2 ago. 2023.

EQUIPE ONCOLOGICA. Complexo Hospitalar de Niterói. Sua saúde: Neoplasia maligna: entenda o que é e por que acontece. *In: Sua saúde: Neoplasia maligna: entenda o que é e por que acontece*. [S. l.], 22 set. 2021. Disponível em: <https://chniteroi.com.br/pt/sobre-nos/blog/neoplasia-maligna-entenda-o-que-e-e-por-que-acontece#:~:text=O%20que%20%C3%A9%20neoplasia%3F,como%20neoplasia%20maligna%20ou%20benigna>. Acesso em: 2 ago. 2023.

FACINA, Taís; CASADO, Leticia (ed.). **ABC DO CÂNCER, Abordagens Básicas para o Controle do Câncer**. Rio de Janeiro: Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica/CEDC, 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc\\_do\\_cancer.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf). Acesso em: 7 ago. 2023.

FARIA, RENATA PENHA. **Tendência de adequação à lei nº 12.732 de 2012 pelas Unidades Federativas brasileiras sob a ótica dos casos de câncer colorretal**. 2020. 1-36 f. Dissertação (Bacharel) - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, 2020.

FARIAS, Tamara Simone. **O Cotidiano do(a) Assistente Social Frente as Demandas Apresentadas pela Paciente Portadora do Câncer de Mama em Tratamento no Hospital**

**Doutor Luiz Antônio em Natal/RN.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte Centro De Ciências Sociais Aplicadas, [S. l.], 2007.

FERRAZ, Flávio Carvalho & SEGRE, Marco. **O conceito de saúde.** Departamento de medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP – Brasil. 1997.

FIGUEIREDO, Ana; CECCON, Roger; FIGUEIREDO, José. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes**, Scielo 25 Brasil, p. 78-88, 26 jan. 2021.

FILHA, Mariza Miranda Theme; JUNIOR, Paulo Roberto Borges de Souza; DAMACENA, Giseli Nogueira; SZWARCOWALD, Celia Landmann. **Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013**, I Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil, v. 2, n. DOI: 10.1590/1980-5497201500060008, p. 83-96, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rbepid/2015.v18suppl2/83-96/pt>. Acesso em: 18 out. 2023.

FILHO, Victor Wünsch; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; BOING, Antonio Fernando; LORENZI, Ricardo Luiz. **Perspectivas da Investigação sobre Determinantes Sociais em Câncer.** São Paulo, 10 ago. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/qcX8GBHHPsczmYMxf7TJyG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2023.

FILHO, Victor Wünsch; MIRRA, Antonio Pedro; LÓPEZ, Rossana V. Mendoza; ANTUNES, Leopoldo F. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas**, Rev Bras Epidemiol São Paulo, n. 13(2), p. 175-87, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/CLhtF576NfBYJt5CCFSMj6v/#>. Acesso em: 2 dez. 2023.

FINGER, Brunize Altamiranda; LIMBERGER, Têmis. **ACESSO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO NO SUS: A RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO PELA PERDA DA CHANCE DE CURA OU DE SOBREVIDA DAS PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA**, R. Dir. Gar. Fund., v. 20, ed. 1, p. 155-190, 2019.

FRANÇA, Mary Anne de Souza Alves; NERY, Newillames Gonçalves; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; FREIRE, Maria do Carmo Matias. **Tempo máximo para o início do tratamento do câncer de boca no Brasil após a publicação da legislação de 2012: tendência no período 2013-2019**, Cad. Saúde Pública 2021, v. 37, ed. e00293220, p. 1-13, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/wQZ4SD3qYMbFq7KjMxtRRDd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 out. 2023.

FROSSARD, Andrea Georgia De Souza; SILVA, Jeane Alves da. **Serviço social e cuidados paliativos em oncologia: intervenções no fim da vida e vulnerabilidade social.** Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: [file:///C:/Users/WINDOWS-10/Downloads/frossard,+RZ\\_2020009.pdf](file:///C:/Users/WINDOWS-10/Downloads/frossard,+RZ_2020009.pdf). Acesso em: 6 set. 2023.

GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel Bonder; OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, 3 Antonio Marcos Tosoli. **Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação.** Physis Revista de Saúde Coletiva,

Rio de Janeiro, ano 2012, v. 22 [ 1 ], p. 119-140, 2010. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/physis/a/d5ykYSZ9c8gscXnbMg5yTpz/?format=pdf&lang=pt>.  
 Acesso em: 6 set. 2023.

GIOIA, Sandra; TORRES, Cristiane; GALDINO, Renata; BRIGAGÃO, Lucia;  
 VALADARES, Antonio; SECOL, Fernando; MIGUEL, Sandra; KRUSH, Lindsay; GOSS,  
 Paul. **Predição de atendimento à “Lei dos 60 dias” dentro do programa de navegação de  
 pacientes com câncer de mama no Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, p. 1-11, 22 ago. 2019.

GOVERNO FEDERAL (Brasil). **Conselho Nacional de Saúde. CNS repudia cortes no  
 orçamento da saúde e alerta para descontinuidade de serviços essenciais em 2023.** [S. l.],  
 20 out. 2022. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2678-cns-repudia-cortes-no-orcamento-da-saude-e-alerta-para-descontinuidade-de-servicos-essenciais-em-2023>. Acesso em: 4 set. 2023.

GUERRA, Maximiliano; GALLO, Cláudia; SILVA, Gulnar. **Risco de câncer no Brasil:  
 tendências e estudos epidemiológicos mais recentes** , [S. l.], p. 227-234, 20 maio 2005.

LIMA, Sheila Coelho Soares. **Epigenética de tumores.** Rio de Janeiro, 2022. Disponível em:  
<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/pesquisa/pesquisa-basica-e-experimental/carcinogenese-molecular/epigenetica-de-tumores>. Acesso em: 1 dez. 2023.

MACIEIRA, Luana. 'Diagnóstico do câncer não é mais uma sentença de morte', afirma  
 oncologista da UFMG. *In: 'Diagnóstico do câncer não é mais uma sentença de morte',  
 afirma oncologista da UFMG.* Agência de Notícias, 8 abr. 2013. Disponível em:  
<https://www.ufmg.br/online/arquivos/027863.shtml>. Acesso em: 4 ago. 2023.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O SERVIÇO SOCIAL E A CONSOLIDAÇÃO DE  
 DIREITOS: DESAFIOS CONTEMPORANEOS** , Revista Serviço Social & Saúde.  
 UNICAMP Campinas, v. 5, ed. 12, 2012.

MEDEIROS, Ana. **SUS tem 317 unidades para tratamento de câncer, mas número ainda  
 é baixo, aponta conselheira do CNS.** Conselho Nacional de Saúde, 4 fev. 2022. Disponível  
 em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2321-sus-tem-317-unidades-para-tratamento-de-cancer-mas-numero-ainda-e-baixo-aponta-conselheira-do-cns>. Acesso em: 7  
 ago. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - GOVERNO FEDERAL (Brasil). Instituto Nacional Do Câncer -  
 INCA. **Ciência Publicação da Iarc Mostra que Estudos Sobre Prevenção Auxiliam na  
 Redução de Fatores de Risco: Desigualdade e câncer.** 44. ed. [S. l.]: REDE CÂNCER, Julho  
 2019. Disponível em:  
[https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//08\\_rc44\\_ciencia.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//08_rc44_ciencia.pdf).  
 Acesso em: 1 ago. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - GOVERNO FEDERAL (Brasil). Instituto Nacional Do Câncer -  
 INCA. **Agrotóxico Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) são registradas 20  
 mil mortes por ano devido o consumo de agrotóxicos.** [S. l.], 20 maio 2022. Disponível em:  
<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/exposicao-no-trabalho-e-no-ambiente/agrotoxico>. Acesso em: 8 ago. 2023.

- MUKHERJEE , Siddhartha. **O Imperador de Todos os Males: Uma Biografia do Câncer.** 1ª edição. ed. [S. l.]: Companhia das Letras, 3 fev. 2012. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/publicacoes-rede-cancer-17.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2023. **CÂNCER.** [S. l.], 1 ago. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer#:~:text=O%20c%C3%A2ncer%20%C3%A9%20a%20segunda,de%20baixa%20e%20m%C3%A9dia%20renda>. Acesso em: 13 jul. 2023.
- NEVES, Sandra. **CRESS Entrevista Sandra Neves sobre Serviço Social e Oncologia.** Assessoria de Comunicação Cress/RN, 11 fev. 2020. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/noticias/ver/1421>. Acesso em: 4 set. 2023.
- NORONHA, José Carvalho de; PEREIRA , Telma Ruth. Princípios do sistema de saúde brasileiro. **Princípios do sistema de saúde brasileiro**, [s. l.], v. Vol. 3, p. 19-32, 2013. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/98kpw/pdf/noronha-9788581100173-03.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2023.
- OLIVEIRA, Sheyla Priscila Souza de. **AS DIFICULDADES DO PACIENTE COM CÂNCER E A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL DOUTOR LUIZ ANTÔNIO.** 2013. 87 p. (Bacharel) - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL, [S. l.], 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019.** [S. l.], 9 dez. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e>. Acesso em: 4 ago. 2023.
- PEREIRA, Francisco. **Karl Marx e o Direito:** Elementos para uma crítica marxista do direito. 2019. 148 f. Dissertação (Mestre) - Faculdade de Direito da Universidade Federal do Ceará (UFC), Salvador-BA, 2019. Disponível em: <http://lemarx.faced.ufba.br/arquivo/karl-marx-e-o-direito.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2023.
- PIMENTEL, Carlos. **O uso da Hipnose no Câncer – uma visão otimista.** Espaço Funcional, 22 jul. 2022. Disponível em: <https://www.espacofuncional.com.br/post/o-uso-da-hipnose-no-c%C3%A2ncer-uma-vis%C3%A3o-otimista>. Acesso em: 1 dez. 2023.
- PLOEG, Susana van der; PFEIFFER, Maria Clara. **Bolsonaro e indústria farmacêutica: as ameaças ao tratamento do câncer de mama.** [S. l.], 24 out. 2022. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/bolsonaro-e-industria-farmaceutica-as-ameacas-ao-tratamento-do-cancer-de-mama/>. Acesso em: 5 set. 2023.
- POLÍTICA de Informação em Saúde. Site **SUS a saúde do Brasil:** [s. n.], 2008. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/sus/informacao03.php#>. Acesso em: 2 dez. 2023.
- SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento; VERAS, Mariana. **Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras,** São Paulo, v. 32 (92), ed. 10.5935/0103-4014.20180005, p. 47-61, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/vXcGQzQrPkzfq587FbYR7PJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 set. 2023.

SANTOS, Marceli de Oliveira; LIMA, Fernanda Cristina da Silva de; MARTINS, Luís Felipe Leite; OLIVEIRA, Julio Fernando Pinto; ALMEIDA, Liz Maria de; CANCELA, Marianna de Camargo. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. **Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025**, Revista Brasileira de Cancerologia, n. 69(1): e-213700, 2023. Disponível em:

<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3700/2644>. Acesso em: 1 dez. 2023.

SANTOS, Vanessa Sardinha dos. "**Charles Darwin**"; *Brasil Escola*. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/biologia/charles-darwin.htm>. Acesso em 18 de outubro de 2023.

SAÚDE: Falta de acesso ao tratamento é principal entrave para combate ao câncer. **Deputado sugere fundo nacional para combater a doença, que mata 300 mil pessoas por ano no Brasil**, Câmara dos deputados, Brasília - DF, 4 fev. 2022. 57ª Legislatura - 1ª Sessão Legislativa Ordinária, p. 1-1. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/848388-falta-de-acesso-ao-tratamento-e-principal-entrave-para-combate-ao-cancer/>. Acesso em: 1 ago. 2023.

SIMÃO, Andréa Branco; SANTOS, Fernanda dos; OLIVEIRA, Liane de Freitas; SANTOS, Renata Aline dos; HILÁRIO, Rita Colen; CAETANO, Suélem Cabral. **A atuação do Serviço Social junto a pacientes terminais: breves considerações**. São Paulo, ed. n. 102, p. 352-364, 2010. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/x3QsGQBwN4Mzc8NQQv46HSQ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 4 set. 2023.

SOBRAL, Glebson Santos; ARAUJO, Yuri Barbosa; KAMEO, Simone Yuriko; SILVA, Glebson Moura; SANTOS, Dayane Ketlyn da Cunha; CARVALHO, Lêda Leonôr Mendonça. Análise do Tempo para Início do Tratamento Oncológico no Brasil: Fatores Demográficos e Relacionados à Neoplasia. **Análise do Tempo para Início do Tratamento Oncológico no Brasil: Fatores Demográficos e Relacionados à Neoplasia**, Revista Brasileira de Cancerologia, ed. e-122354, 2021. DOI <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.2354>

SOUTO, Lúcia Regina Florentino & OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal**, Saúde Debate. Rio de Janeiro, 2016. v. 40, n. 108, p. 204-218.

TEIXEIRA, Clever Marcos. **Copyspider Anti-plágio: História**. [S. l.], 2013. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/publicacoes-rede-cancer-17.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2017.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Direito à Saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2020. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9714/1/TD\\_2547.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9714/1/TD_2547.pdf). Acesso em: 18 ago. 2023.

YARAK, Aretha. **Saúde: Livro traça a história milenar do câncer – e da guerra contra ele**. Revista Veja, 9 jan. 2011. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/livro-traca-a-historia-milenar-do-cancer-e-da-guerra-contra-ele/>. Acesso em: 30 jul. 2023.

ZUCHETTI, Bruna. 5 Tipos De Câncer Mais Comuns: Entenda Seus Sintomas, Prevenção E Tratamento: Quais São Os 5 Tipos De Câncer Mais Comuns?. *In: 5 Tipos De Câncer Mais Comuns: Entenda Seus Sintomas, Prevenção E Tratamento.* [S. l.], 2 ago. 2023.  
Disponível em: <https://lavoisier.com.br/saude/tipos-de-cancer#:~:text=Os%20tipos%20de%20c%C3%A2ncer%20mais,reto%2C%20bexiga%20urin%C3%A1ria%20e%20melanoma>. Acesso em: 2 ago. 2023.