

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

DENISE FERREIRA DE MAGALHÃES

**CONDIÇÕES, MODO DE VIDA E SAÚDE DE USUÁRIAS DO
PROGRAMA DE MASTOLOGIA DO HC: relações com o Benefício de
Prestação Continuada (BPC)**

GOIÂNIA
2018

DENISE FERREIRA DE MAGALHÃES

**CONDIÇÕES, MODO DE VIDA E SAÚDE DE USUÁRIAS DO
PROGRAMA DE MASTOLOGIA DO HC: relações com o Benefício de
Prestação Continuada (BPC)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como exigência parcial para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vannuzia Leal Andrade Peres

GOIÂNIA
2018

M189c

Magalhães, Denise Ferreira de
Condições, modo de vida e saúde de usuárias do Programa
de Mastologia do HC:[recurso eletrônico]: relações
com o benefício de prestação continuada/ Denise Ferreira
de Magalhães.-- 2018.
128 f.; il.

Texto em português com resumo em inglês
Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica
de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu
em Serviço Social, Goiânia, 2018
Inclui referências f. 80-85

1. Programa de Mastologia do HC. 2. Mulheres - Saúde
e higiene. 3. Serviços de saúde para mulheres - Benefício
de Prestação Continuada. 4. Mulheres - Modo de vida.
I.Peres, Vannúzia Leal Andrade. II.Pontifícia Universidade
Católica de Goiás. III. Título.

CDU: 613.99(043)

DENISE FERREIRA DE MAGALHÃES

**CONDIÇÕES, MODO DE VIDA E SAÚDE DE USUÁRIAS DO
PROGRAMA DE MASTOLOGIA DO HC: relações com o Benefício de
Prestação Continuada (BPC)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como exigência parcial para obtenção do título de mestre.

Goiânia, 04 de abril de 2018.

BANCA DE AVALIAÇÃO

Orientadora: Dr^a Vannuzia Leal Andrade Peres

Membro: Dr^a Denise Carmen de Andrade Neves

Membro: Dr^a Carla Agda Gonçalves

Suplente: Dr^a Maisa Miralva da Silva

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que sempre esteve ao meu lado e pelas pessoas especiais que colocou em minha vida. Aos meus pais, sempre presentes, apoiando nos avanços e obstáculos de minha trajetória.

Ao meu namorado Luiz Antônio Soares pela sua compreensão, carinho, companhia, que me faz caminhar com coragem, buscando sempre ser uma pessoa melhor!

A minha irmã Kamila Magalhães, meu cunhado Breno, pelo apoio ao longo desta caminhada e por nos dar nosso tão esperado bebê já tão amado sobrinho e afilhado.

Agradeço a professora e orientadora Dr^a Vannuzia Leal pela honra de ser sua orientanda, pelo seu respeito, sua sabedoria, sua paciência e calma que transmitiu ao longo da construção deste trabalho.

Agradeço aos colegas do mestrado, em especial Layla e Sônia que sempre estiveram ao meu lado, dando apoio, trocando experiências e angústias.

As minhas colegas Assistentes Sociais do Hospital das Clínicas que compreenderam ausências e cansaço durante essa trajetória.

A toda equipe multiprofissional do CORA, pelo incentivo e apoio para a concretização desta Pós-graduação. Agradeço ainda minhas ex-estagiárias Jordana e Ytalla por terem deixado um pouco de vocês em mim, e por permitirem que eu tenha deixado um pouco de mim em vocês.

O meu agradecimento vai também a todas docentes do mestrado em Serviço Social que contribuíram para elaboração desta dissertação.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Vannuzia Leal pela honra de ser sua orientanda, pelo aprendizado, pela sua paciência, dedicação e calma que transmitiu-me ao longo da construção deste trabalho.

Dedico especial agradecimento as titulares da banca examinadora Prof.^a Carla Agda Gonçalves e Prof.^a Denise Carmen de Andrade por aceitarem participar da qualificação do projeto e da defesa da dissertação, minha eterna gratidão.

Não poderia me esquecer de agradecer as mulheres que aceitaram participar da pesquisa e tão bem me acolheram em seus lares, pelas entrevistas tão

ricas para este estudo, as quais me possibilitaram um crescimento pessoal e profissional.

Agradeço também aquelas que ainda estão enfrentando o tratamento de câncer de mama e que buscam orientação junto ao Serviço Social.

LISTA SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
APCAM	Associação Portadores de Câncer de Mama do Hospital das Clínicas
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás
CEP	Comitê de Ética PUC Goiás
CIF	Código Internacional de Funcionalidade
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CORA	Centro Avançado de Diagnóstico da Mama
CRAS	Centro de Referência e Assistência Social
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HC	Hospital das Clínicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INAMPS	Instituto de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
LBA	Brasileira de Assistência Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação
OMS	Organização Mundial de Saúde
UFG	Universidade Federal de Goiás
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PREVSAÚDE	Programa de Serviços Básicos de Saúde

RMV	Renda Mensal Vitalícia
SAMIS	Serviço de Arquivo Médico Informação e Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

A pesquisa trata de um estudo qualitativo, descritivo-interpretativo e de teorias do Serviço Social. O objetivo geral foi compreender as condições, modo de vida e saúde de usuárias do Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas (HC) beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Participaram do estudo nove mulheres residentes nos municípios de Goiânia e Aparecida de Goiânia, com idades entre 35 e 65 anos. A construção das informações se deu por meio de análise documental e entrevistas domiciliares, realizada a partir de um roteiro previamente construído. As informações construídas no processo da pesquisa foram analisadas de forma qualitativa, possibilitando a construção de um perfil sociodemográfico dessas mulheres, e compreender que o BPC é reconhecido como um direito, ou seja, torna-se não somente garantia da manutenção de uma necessidade básica, mas, sobretudo, melhor acesso à bens sociais, e portanto, à uma melhor qualidade de vida. Mediante o estudo, tem se fortes indicadores de que o BPC, no sentido de ser uma renda, melhora as condições de vida das mulheres, contudo, mantém a mulher na mesma condição de pobreza. Em face desses resultados, conclui ser necessário haver melhor articulação entre as políticas sociais, para que as mulheres usuárias dos programas de transferência de renda, dentro de suas limitações, possam se reinserir no mercado de trabalho, que é a via de inserção na sociedade, com mudanças no modo de vida e melhoria no cuidado à saúde.

Palavras-chave: Modo de Vida. Saúde. Benefício de Prestação Continuada. Pobreza.

ABSTRACT

The research deals with a qualitative, descriptive-interpretative study and Social Service theories. The general objective was the conditions, the way of life and the health of the people who use the Mastology Program of Hospital das Clínicas (HC) beneficiaries of the Continuous Benefit Benefit (BPC). Nine women participated in the event in the United States of Goiânia and Aparecida de Goiânia, with 15 between 35 and 65 years. The construction of the information was carried out through a series of documentary analyzes and collected at home, based on a constructed road map. As the surveys were constructed in a qualitative way, allowing the construction of a sociodemographic profile of women, including the same, but, above all, better access to social goods, and thus, a better quality of life. Through the study, it has strong indicators that BPC, no sense of being human, can improve the lives of women, yet keeps a woman in the same poverty condition. In the face of the results, it is concluded that it is better to have a link between social policies, so that women who benefit from income transfer programs can benefit from a labor market, with life and improvement in health care.

Keywords: Way of Life. Health. Continuous Benefit Benefit. Poverty.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Cidade e situação contratual de moradia	53
Quadro 2 - Serviços públicos existentes no local de domicilio.	54
Quadro 3 - Acesso à serviços básicos próximos as residências.....	55
Quadro 4 - Faixa etária das mulheres entrevistadas.....	56
Quadro 5 - Estado civil das pesquisadas.	57
Quadro 6 - Número de filhos das entrevistadas.	58
Quadro 7 - Grau de escolarização das beneficiárias do BPC.	59
Quadro 8 - Renda familiar aproximada das mulheres entrevistadas. Referente ao salário mínimo brasileiro em vigor no ano de 2017.	61
Quadro 9 - Mercado de trabalho no momento do diagnóstico e situação atual.	63
Quadro 10 - Ocupação maridos/ companheiros das entrevistadas.....	66
Quadro 11 - BPC perspectiva de ajuda ou direito.	70
Quadro 12 - Referente ao tempo que recebe BPC - dificuldades encontradas e/ou necessidade de judicialização.....	71
Quadro 13 - Realiza atividades de lazer.	73
Quadro 14 - Melhoria das condições de vida após recebimento do BPC.	74

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 - ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	12
1.1 Trajetória da Política de Assistência Social no Brasil.....	12
1.2 Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e breve contextualização histórica do bpc.....	19
CAPÍTULO 2 - BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	26
2.1 História da política de saúde.....	26
2.2 O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM): as particularidades na construção da atenção integral à saúde da mulher.....	36
CAPÍTULO 3 - PRINCÍPIOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	43
3.1 Campo da pesquisa: ambulatório de mastologia do Hospital das Clínicas (hc/ufg).....	44
3.2 Sujeitos da pesquisa.....	47
3.3 Procedimentos.....	47
3.4 Instrumentos e análise de dados.....	48
CAPÍTULO 4 - CONDIÇÕES E MODO DE VIDA DE USUÁRIAS DO PROGRAMA DE MASTOLOGIA DO HC: RELAÇÕES COM O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA	50
4.1 Perfil socioeconômico das usuárias.....	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICES	86
APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA	87
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	95
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO MULHERES QUE JÁ ENFRENTARAM O CÂNCER DE MAMA USUÁRIAS DO BPC	98
APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA MULHERES QUE JÁ ENFRENTARAM O CÂNCER DE MAMA USUÁRIAS DO BPC	101
ANEXOS	102
ANEXO A – PROJETO DE QUALIFICAÇÃO	103

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como objeto de análise as condições, modo de vida e saúde de usuárias do Programa de Mastologia do HC e as relações com o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Trata-se de um estudo de caso realizado com mulheres diagnosticadas com câncer de mama e que recebem esse benefício entre os anos de 1996 a 2015. Tal estudo é decorrente da atuação como Assistente Social no Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, UFG/ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

A relevância do problema consistiu em analisar as condições de vida das beneficiárias do BPC, mediante o qual surgiu a seguinte indagação: O BPC está provendo, de fato, o sustento dessas mulheres de baixa renda?

A exposição da Dissertação está dividida em quatro capítulos. No primeiro Capítulo buscou-se discutir a Política de Assistência Social brasileira e o processo histórico da construção da assistência social. A seguir, é apresentado ao leitor o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e por fim a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) com enfoque no Benefício de Prestação Continuada (BPC).

O segundo Capítulo destaca um breve histórico da Política de Saúde no Brasil, fazendo um resgate a partir da década de 1920 até a constituição de 1988, trazendo as particularidades na Construção da Atenção Integral à Saúde da Mulher, além de discutir os Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) e o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM).

No terceiro Capítulo são apresentados os sujeitos, os procedimentos, os instrumentos de coleta de dados e a proposta qualitativa de coleta e de análise de dados. No quarto e último Capítulo apresentou-se os resultados da pesquisa em relação às condições, modo de vida e saúde de nove usuárias do Programa de Mastologia do HC e as relações com o Benefício de Prestação Continuada. Nessa perspectiva é feita uma análise descritivo-interpretativa dos casos singulares estudados e não uma generalização direta e imediata da saúde da universalidade das condições e modo de vida de mulheres mastectomizadas e usuárias do BPC.

CAPÍTULO 1 - ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Este capítulo apresenta os aspectos históricos da assistência social no Brasil, entendendo-a enquanto política de direito. Para compreendermos o desenvolvimento das políticas sociais no Brasil ao longo dos anos, é preciso fazer uma retrospectiva da trajetória de implementação do sistema de proteção social, analisar a Política de Assistência Social, ações e práticas de assistência social que precisam ser capturadas para análise do movimento de construção dessa política social.

Nesse contexto é descrito um breve histórico da Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Na primeira parte deste capítulo, será apresentado o processo histórico da construção da assistência social, logo após, será analisado o processo de construção da política de Assistência Social, na terceira parte, será apresentado o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), bem como sua importância para construção e ampliação de direitos e por fim, será apresentado a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) com enfoque no Benefício de Prestação Continuada.

1.1 Trajetória da Política de Assistência Social no Brasil

No Brasil a Assistência Social tem sua origem histórica baseada na caridade, filantropia e na solidariedade religiosa, as quais se concretizavam uma prática designada a concessão de gêneros alimentícios, vestuário, remédios, destinados principalmente as crianças, idosos e enfermo, sendo compreendida como ajuda, favor. O entendimento formado da assistência era de doação de recursos materiais e financeiros, tendo perdurado no Brasil até início do século XX.

De acordo com Yamamoto e Carvalho (1993, p. 171) “O surgimento do Serviço Social no Brasil pode ser pensado a partir da junção das chamadas obras sociais com os novos movimentos de apostolado social. Sobretudo os que tinham por objetivo intervir junto ao proletariado”. Essa prática assistencialista era mais uma forma de dominação e exploração política e ideológica, em que a igreja aliava-se a burguesia. Em 1942 foi criada a Legião Brasileira de Assistência com o objetivo de atender as famílias dos pracinhas combatentes da Segunda Guerra Mundial.

Posteriormente, esta instituição foi crescendo e sua linha programática foi acompanhando as demandas do desenvolvimento econômico e social do país, bem como da população em estado de vulnerabilidade social.

Raichelis (2000) compreende que embora tenha sido o primeiro aparato estatal de intervenção social na Assistência Social, a Legião Brasileira de Assistência (LBA) tradicionalmente se constituiu como um lugar de arranjos clientelísticos e da filantropia estatal. Nesse sentido, essa visão assistencialista perdurou até o final da década de 1970, quando começou a mudar devido aos movimentos que visavam confrontar tais concepções.

[...] com o passar dos anos e as sucessivas mudanças políticas do país, a situação da assistência social permanecerá a mesma: práticas clientelistas, assistemáticas, de caráter focalizado e com traços conservadores, sendo operado por sujeitos institucionais desarticulados, com programas sociais estruturados na lógica da concessão e da dádiva, contrapondo-se ao direito (COUTO, 2006, p. 71).

No ano de 1985, exigiu-se da Política de Assistência Social práticas inovadoras para as novas demandas postas pela nova realidade nacional, em que a população pedia respostas mais ágeis e efetivas para o atendimento das necessidades básicas das pessoas em situação de vulnerabilidade social.

Assim, a Assistência Social no Brasil apresentou como marco histórico a promulgação da Constituição Federal de 1988, integrando a Seguridade Social como Política Pública, esta entendida como a forma de intervenção do Estado na realidade social com o objetivo de se efetivarem direitos da sociedade, bem como de se regularem as relações sociais uma vez que, reconhecendo a assistência social como política social que, junto com as políticas de saúde e de previdência social, compõem o sistema de seguridade social brasileiro.

Sua materialização concretizou-se por meio de um plano de ação composto por programas e projetos no qual o direito do cidadão ao lado da Saúde e Previdência Social trazendo, uma nova concepção para a Assistência Social, que passa para o campo da universalização do acesso a direitos e responsabilidade do Estado. Nesse contexto,

Ao conceber a Seguridade Social como mediação da reprodução social, não se refere especificamente a reprodução material da força de trabalho, mas a totalidade da esfera da reprodução das relações sociais, nela incluída a reprodução das contradições sociais e as lutas de classe (MOTA, 2008, p.135).

De acordo com a análise de Boschetti (2009), a Seguridade Social pode garantir mais ou menos, acesso a direitos, quanto mais se desvencilhar da lógica do seguro e assumir a lógica social. Ainda, é necessário discutir a relação entre trabalho, assistência social e previdência, para entender inclusive se o padrão de Seguridade Social instituído em determinado país é ou não capaz de impor limites a desigualdade social no capitalismo. Pode-se dizer que é uma forma do cidadão ter acesso a bens e serviços; independente se este está inserido no mercado de trabalho. Assim,

Na impossibilidade de garantir o direito ao trabalho, seja pelas condições que ele assume contemporaneamente, seja pelo nível do desemprego, ou pelas orientações macroeconômicas vigentes, o Estado capitalista amplia o campo de ação da Assistência Social. As tendências da Assistência Social revelam que, além dos pobres, miseráveis e inaptos para produzir, também os desempregados passam a compor a sua clientela (MOTA, 2010, p. 16).

Desta forma a trajetória da Assistência Social como política pública é de fundamental importância, haja vista a discussão em seu conjunto contraditório que pode-se vislumbrar a conquista da cidadania.

Yazbek (1998) analisa que, na Constituição Federal de 1988, Saúde, Previdência e a Assistência Social constituem a Seguridade Social do cidadão brasileiro:

A Constituição, ao estabelecer as fontes de financiamento da Seguridade, prevê que esta deverá ser financiada por toda a sociedade por meio de recursos orçamentários dos municípios, dos estados e da união. É também constitucional o “caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa” (artigo 194) do sistema de Seguridade Social no país (BRASIL, 1998, p. 54).

Nesse contexto, pode-se considerar que a inclusão da Assistência Social como parte da Seguridade Social, paralela à Saúde e à Previdência, ocasionou um grande avanço para a sociedade brasileira, tornando mais acessível os direitos sociais estabelecidos na Constituição Federal. A Política de Assistência Social destina-se prioritariamente aos vulneráveis que compõem a população brasileira, buscando a progressiva “inclusão” desta grande parcela de brasileiros que, no mercado informal, ou com vínculos empregatícios frágeis, ou principalmente excluídos do mercado formal de trabalho, que vivem em precárias condições socio-econômicas a demandarem proteção seguida da garantia de direitos sociais.

Segundo Silva (2005), os direitos sociais são como dimensão dos direitos fundamentais do homem, “prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais” (p. 286).

Portanto, Assistência Social é uma política não contributiva de direito a todo cidadão, devendo ser provida por toda sociedade, a fim de viabilizar proteção à vida, diminuindo possíveis danos, com vistas ao enfrentamento de fatos que vulnerabilize indivíduos, famílias e/ou grupos populacionais em risco. Contudo, a Assistência Social se identifica com os direitos sociais, individuais, civis e políticos. Pois são os direitos sociais:

[...] que têm como perspectiva a equidade, a justiça social, exigem atitudes positivas, ativas ou intervencionistas do Estado para, de par com a sociedade, transformar esses valores e realidade. Daí porque, no campo da assistência social, a decisiva participação do Estado, seja como regulador, seja como provedor ou *garante* de direitos é considerada fundamental. A tendência dominante, da qual compartilha a PNAS, é a de dar pouca ênfase à provisão social como responsabilidade estatal, e com troca da ênfase na contribuição da sociedade, o que gera polêmica porque – conforme está implícito na LOAS – só o Estado pode garantir direitos, bem como a gratuidade de benefícios e serviços que constitui uma característica básica da política de assistência social (PEREIRA, 2007, p. 224).

Por conseguinte, a Assistência Social tornou-se direito permanente e não mais como algo emergencial, exigindo Políticas Sociais eficazes para atender a demanda que dela necessitar, elas, desempenharam funções distintas em “um processo complexo e multideterminado, a par de ser contraditório e dinamicamente relacional” (PEREIRA, 2008, p. 1).

Ainda de acordo com a referida autora “o futuro da política social como ação a ser também colocada a serviço da equidade e da justiça social, dependerá, [...], do nível das formas de lutas de classes” (PEREIRA, 2008, p. 1). E, nesse conflito contínuo e endêmico os conceitos e as teorias jogam papel fundamental, pois são eles que informam opções políticas.

Sendo assim, a Assistência Social passa a ser uma Política Pública¹ voltada as populações marcadas pelas desigualdades sociais produzidas pelo sistema capitalista. Ela amplia e socializa direitos que antes eram concentrados e assumiam

¹ As políticas públicas são uma forma de intervenção do Estado na realidade social com o objetivo de se efetivarem direitos da sociedade.

a forma de privilégios e clientelismo sob os quais as primeiras damas utilizavam benefícios que eram direito do cidadão como tática e estratégia para conseguir voto e prestígio.

O futuro da política social como ação a ser também colocada a serviço da equidade e da justiça social, dependerá, [...] do nível das formas de lutas de classes'. E, nesse 'conflito contínuo e endêmico' os conceitos e as teorias jogam papel fundamental, pois são eles que informam opções políticas (...) Sem entrar no mérito das teorias liberais/conservadoras, basta tomar como exemplo duas tendências ditas socialistas para sustentar a afirmação anterior. Se como lembra Gough, acreditar-se que a política social é tão somente criatura do capital, não há porque defendê-la; ou, ao contrário, que ela é sempre conquista do trabalho, não há como explicar sua secular disputa pelo capital – além de, com essas atitudes, incorrer-se numa análise funcionalista. Se da mesma forma, se acreditar-se que a política social é 'uma ilha socialista num mar capitalista' nada mais será exigido dela. Como é dedutível, as implicações políticas dessas abordagens podem ser danosas, pois enquanto as primeiras não têm consciência da potencialidade da política social de, simultaneamente, atender interesses contrários, a segunda é 'cega para seus defeitos' (PEREIRA, 2008, p. 203-204).

Neste sentido, na realidade brasileira a Assistência Social se coloca em um terreno de disputa que confere ao seu conteúdo um caráter contraditório de inovar conservando o cerne de uma política focalista e de caráter restritivo em relação aos direitos sociais, assim, é necessário analisar os avanços e retrocessos desta Política.

Cabe mencionar que, para Yazbek (2003) a Assistência Social é vista como ações diretas e indiretas do Estado destinados às classes subalternas no intuito de compensá-las por sua exclusão, ou seja:

[...] a assistência, enquanto uma estratégia reguladora das condições de reprodução social dos subalternos é campo concreto de acesso a bens e serviços e expressa por seu caráter contraditório interesses divergentes, podendo constituir-se em espaço de reiteração da subalternidade de seus usuários ou avanços na construção de sua cidadania social (YAZBEK, 2003, p.165).

Sendo assim, Assistência Social constitui-se em direito do cidadão, dever de Estado e tem de ser prestada a quem dela necessitar. É ainda uma Política precária, focalizada, que permite através dela, acesso a população de baixa renda aos mínimos sociais sem o critério de contribuição prévia conforme salienta Boschetti (2009) "A Assistência Social manteve-se ao longo da história, como uma ação pública desprovida de reconhecimento legal como direito, mas associada institucionalmente e financeiramente, à Previdência Social" (p. 329).

Para Sposati (2006) “A Assistência Social é um campo de ação que propõe acesso a indivíduos em situações especiais, não seria igualitária para todos os cidadãos, mas aqueles portadores de uma situação similar” (p. 13). Nesse sentido cabe ressaltar que o Estado não concede direitos voluntariamente ou é benevolente, ao contrário, as conquistas são frutos de lutas, reivindicações sociais.

A partir destas evidências a autora afirma:

[...] a assistência social marca sua especificidade no campo das políticas sociais, pois configura o Estado, próprias de serem asseguradas aos cidadãos brasileiros, já que possui demanda especificada e avaliada pelo mérito ou valor da necessidade, pois não é qualquer um que se credencia aos serviços de assistência social, mais só aquele a quem a sociedade reconhece como necessitados e desamparados (SPOSATI, 1995, p. 72).

Neste contexto, de conflitos entre as classes subalternas e o capitalismo está neoliberalismo que propõe um Estado mínimo, com baixa responsabilidade social do Estado, no qual a Assistência Social concretiza-se como uma política para os excluídos no qual seu critério de inclusão se insere na desresponsabilização do Estado, não colocando como garantia dos direitos universais.

Para tanto, o Estado transfere recursos a certos segmentos vulneráveis² por meio de programas de transferência de renda. No Brasil, as primeiras discussões sobre a instituição de um programa de transferência de renda mínima, como forma de minimizar a pobreza, remontam a década de 1970, para que estes segmentos vulneráveis possam comprar, é, portanto uma política focalizada, porém, necessária visando promover especialmente a prevenção de deficiências, habilitação e reabilitação e equiparação de oportunidades. Isso implica em ações de proteção a esse público, organizadas para atender suas necessidades específicas com a estruturação de serviços adequados, na inserção ao conjunto de serviços de proteção social³.

Nesse sentido, a vulnerabilidade social se constitui como construção social, enquanto produto das transformações societárias, assumindo diferentes formas de acordo com os condicionantes históricos em que a pobreza era tratada como doença.

² De acordo com a PNAS/2004² a vulnerabilidade social, é um conceito que tem enfoque multifatorial, incluindo pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso a serviços públicos) e/ou fragilização de vínculos afetivos, relacionais e de pertencimento social, discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiência, dentre outras.

³ A Proteção Social, segundo a Constituição Federal de 1988, conjuga um conjunto de políticas públicas e sociais que, articuladas, devem promover o bem estar dos cidadãos.

[...] os pobres eram considerados como grupos especiais, párias da sociedade, frágeis ou doentes. A assistência se mesclava com as necessidades de saúde, caracterizando o que se poderia chamar de binômio de ajuda médico-social. Isto irá se refletir na própria constituição dos organismos prestadores de serviços assistenciais, que manifestarão as duas faces: a assistência à saúde e a assistência social. O resgate da história dos órgãos estatais de promoção, bem-estar, assistência social, traz, via de regra, esta trajetória inicial unificada (SPOSATI, *et al.*, 2007).

Diante do exposto, a pobreza tem como fatores determinantes tempo e lugar, sendo dessa forma, algo historicamente construído socialmente relacionado à distribuição de renda e política sociais:

Historicamente, os mínimos sociais foram estabelecidos em estreita relação com as concepções de pobreza e, particularmente, com os limiares de pobreza absoluta. Regra geral as linhas de pobreza absoluta foram, e ainda são de algum modo, estabelecidas com base numa visão restritivista e minimalista das necessidades humanas, visando garantir um padrão de sobrevivência biofisiológica e condições mínimas de manutenção da capacidade de trabalho, ao nível mais elementar dos patamares de padrão de vida. Foi esta, concretamente, a orientação prosseguida na fixação dos salários mínimos (BRANCO, 2004, p. 57-58).

Deve-se levar em consideração que pobreza é uma categoria multidimensional, e, portanto, não se expressa apenas pela carência de bens materiais, mas é categoria política que se traduz pela carência de direitos, de oportunidades, de informações, de possibilidades e de esperanças (MARTINS, 1991).

A pobreza é a expressão direta das relações sociais vigentes na sociedade e certamente não se reduz às privações materiais. Alcança o plano espiritual, moral e político dos indivíduos submetidos aos problemas da sobrevivência. A pobreza é uma face do descarte de mão-de-obra barata, que faz parte da expansão do capitalismo brasileiro contemporâneo. Expansão do capitalismo que cria uma população sobrando, cria o necessitado, o desamparado e a tensão permanente da instabilidade na luta pela vida de cada dia (YAZBEK, 2007, p. 63).

Nesse sentido, a pessoa pode ser pobre e não estar excluída socialmente, portanto, entende-se como pobre aquele que não possui condições mínimas de sobrevivência, enquanto que o excluído pode ser o negro, a mulher, o idoso, dentre outros.

Miranda (2007) evidencia que os objetivos deste direito podem ser resumidos como um agrupamento de atuações, cujo fim é a pugna contra a pobreza, universalizando direitos sociais e identificando o caráter do Estado brasileiro

elencado na Constituição Federal. Neste sentido, a Política de Assistência Social torna-se uma forma de compensação pelo grau de miséria das classes subalternas.

Pobreza é um fenômeno complexo, podendo ser definido de forma genérica como a situação na qual a necessidade não são atendidas de forma adequada. Para operacionalizar essa noção ampla e vaga, é essencial especificar que necessidades são essas e qual nível de entendimento pode ser considerado adequado. A definição relevante depende basicamente do padrão de vida e da forma como as diferentes necessidades são atendidas em determinado contexto socioeconômico. Em última instância, ser pobre significa não dispor dos meios para operar adequadamente no grupo social em que se vive (ROCHA, 2003 p.9-10).

Em 2004, com a aprovação da Política Nacional de Assistência Social a PNAS (2004)⁴ trouxe, ainda, uma visão social pautada na dimensão ética de incluir os invisíveis, as diferenças e os diferentes níveis na proteção social, reconhecendo os riscos e as vulnerabilidades sociais a que as pessoas e famílias estão sujeitas, bem como os recursos com que contam para enfrentar tais situações.

Nesse contexto, a PNAS vem materializar as diretrizes da LOAS, padronizando, ampliando e implementando através de seu texto, os serviços de assistência social com uma organização em todo âmbito territorial brasileiro foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUAS) no qual se configurou o reordenamento das ações de proteção social com vistas a qualificação desta Política proporcionando maior eficiência e eficácia na gestão.

1.2 Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e breve contextualização histórica do BPC

Em 1993, foi aprovada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) atribuindo a ela o campo de direito ressaltando seu “status” de cidadania e a necessidade de universalização de seu acesso, pautados no princípio de desmercadorização e gratuidade inaugurando desta forma uma nova era para a Assistência Social brasileira, enquanto Política Pública. Ela propõe romper com uma longa tradição cultural e política, considerando os níveis de desigualdade no Brasil acumulada nessas últimas décadas, focando nas diretrizes no atendimento aos cidadãos necessitados.

⁴ As diretrizes da PNAS estabelecem a centralidade da família para concepção e implementação de suas ações e análises. A focalização na família implica: valorizar os diversos arranjos familiares, seus valores e cultura; resgatar sua história; analisar os seus problemas, suas demandas e potencialidades.

Para Sposati (2006), o conceito de desamparado ou necessitado é atribuído à condição de fragilidade física associada à econômica, responsabilizando o Estado de suprir um amparo mínimo, na condição de benefício mensal a quem não tem renda própria.

No texto da LOAS em seu art. 1.

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é política de seguridade social não contributiva, que prevê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de iniciativas públicas e da sociedade, para garantia às necessidades básicas. (...) Parágrafo único: A assistência social realizar-se-á de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e a universalização dos direitos sociais (BRASIL, 1993).

Depreende-se que a regulamentação da LOAS pode ser compreendida dentro desse contexto permeado por contradições e relações de força, sendo resultado de movimentos sociais organizados, tendo como protagonistas trabalhadores da área de Assistência e organizações da sociedade civil⁵, advindo de um longo e necessário processo de luta.

A LOAS inova ao afirmar em seus objetivos a necessária integração entre o social e o econômico. Em seus princípios e diretrizes, aponta a centralidade do Estado na universalização e garantia de direito e de acessos a serviços sociais qualificados e com a participação da população. Inova também ao propor mecanismo de descentralização política-administrativa sobre o controle da sociedade na gestão e execução das políticas de Assistência Social (YAZBEK, 1996, p.19-20).

A partir dos benefícios preconizados na LOAS tem se o Benefício de Prestação Continuada (BPC), implementado em 1 de janeiro de 1996 Decreto Lei, a partir do Decreto Lei n. 1.744/1995, em substituição a Renda Mensal Vitalícia (RMV) que foi instituída por meio da Lei n. 6.179, de 1974, como benefício previdenciário destinado às pessoas maiores de 70 anos de idade ou inválidas impossibilitadas à garantia de sua própria manutenção, ou tê-la provida por sua família. Sendo extinto com a implantação do BPC, no qual foram mantidos apenas aqueles que já eram beneficiários com base no direito adquirido.

⁵ “O Estado ou sociedade civil nasce por contraste com um estado primitivo da humanidade em que o homem vivia sem outras leis senão as naturais nasce, portanto com a instituição de um poder comum que poder comum que só é capaz de garantir aos indivíduos associados alguns bens fundamentais como a paz, a liberdade, a prosperidade, a segurança que no Estado natural, são ameaçados seguidamente pela explosão de conflitos, cuja solução é confiada exclusivamente pela autotutela” (BOBBIO, 2004, p. 1204).

O benefício constitui garantia de um salário mínimo independente de contribuição prévia aos idosos acima de 65 anos e as pessoas com deficiência cujos rendimentos não ultrapassem o estipulado exigido $\frac{1}{4}$ do salário mínimo *per capita*. Ainda de acordo com esta Lei, há necessidade de comprovar a incapacidade para vida independente.

Ressalta-se que redução para 65 anos ocorreu somente com o Estatuto do Idoso em 2003, outra alteração garantida pelo Estatuto do Idoso foi a não inclusão do BPC de uma pessoa idosa para fins de composição de renda de outra pessoa idosa, porém apresenta um caráter contraditório, pois a renda do idoso beneficiário não computa na aquisição de outro beneficiário para a pessoa idosa, podendo ser cumulativo dois benefícios em uma mesma residência desde que sejam ambos para pessoas idosas ao contrário quando um dos conjugues é aposentado pela Previdência Social, neste caso o outro passa a não se encaixar nos critérios de aquisição do benefício uma vez que este benefício não pode ser cumulativo a outro benefício da previdência social estabelecendo controvérsias.

Sposati (2004) expõe o reconhecimento do BPC como o primeiro mínimo social não contributivo da proteção social brasileira, mas o requerente precisa mostrar sua própria miserabilidade e de sua família, ou seja, necessita ser duplamente vitimizado reafirmando o recorte de atendimento focalista que prevalece no acesso ao benefício.

O BPC é um mínimo social enquanto se constitui em um dispositivo de proteção social destinado a garantir, mediante prestações mensais, um valor básico de renda as pessoas que não possuem condições de obtê-la de forma suficiente, por meio de suas atividades atuais ou anteriores (SPOSATI, 2011, p. 126).

Para ter acesso a este direito, é necessário ao requerente atestar ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), além da deficiência, a renda do núcleo familiar, informando não ter condições de prover os mínimos sociais, restringindo desta forma o acesso individual a um direito assegurado na Constituição Federal de 1988, uma vez que é incluída para o cálculo a renda de todo grupo familiar. Só a partir da constatação destes critérios é deferido ou negado o benefício pelo INSS, órgão responsável por sua operacionalização já o financiamento compete Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário.

Além disso, o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e o INSS

juntamente com as Secretarias de Assistência Social revisam o benefício a cada dois anos, avaliando se os idosos e as pessoas portadoras de deficiência ainda continuarão a receber o mesmo⁶.

O benefício assistencial a pessoa com deficiência, em sua regulamentação no ano de 1993, pela LOAS, definiu pessoa com deficiência, para efeitos de reconhecimento de direito em seu artigo art. 20 como aquela “[...] incapacitada para a vida independente e para o trabalho” (BRASIL, 1993). Esse tema será discutido no próximo subitem mais detalhadamente, para aprofundar as discussões e reflexões acerca do objeto de pesquisa, o BPC para pessoa com deficiência, as alterações nos conceitos de deficiência, capacidade, incapacidade, funcionalidade associada ao conceito de elegibilidade para proteção social.

É interessante observar que mesmo considerado como um benefício independente da condição de trabalho, se relacionado às diretrizes da Previdência Social com seu mote assentado no seguro social, o atendimento à pessoa com deficiência apresenta como condicionalidade, também, o reconhecimento da incapacidade para o trabalho e vida independente, ou então, das limitações da funcionalidade para a avaliação e reconhecimento do direito. Esse processo de avaliação dos usuários solicitantes do BPC para pessoa com deficiência, a partir da implantação do modelo de avaliação baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), definido no Decreto Lei n. 6.214/2007, passou a integrar a avaliação social e perícia médica. Sua operacionalização se deu no ano de 2009, culminando com a posse de assistentes sociais no quadro do INSS, sendo uma das ações de atuação profissional na instituição.

Depreende-se que as conquistas referentes ao BPC acompanham avanços e retrocessos, mesmo como reconhecimento enquanto direito constitucional, o caráter de seletividade e segmentação, resultante da focalização da proteção social, ainda se constitui como um impasse para a concretização do benefício assistencial como direito básico de cidadania.

A seguir serão abordados os critérios como idade mínima e os conceitos como incapacidade/funcionalidade e família, que influenciam o cálculo da renda, passando a definir as condições de elegibilidade aos beneficiários a serem atendidos pela Assistência Social.

⁶ Art. 21º O benefício de prestação continuada deve ser revisto a cada 2 dois anos para avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem.

A norma para o BPC estabelecida no artigo 203 da Constituição Federal de 1988 e após na LOAS, em 1993, define “[...] para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência⁷ é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho” (BRASIL, 1993). Conforme Ribas (1954, p. 10) o termo “pessoas deficientes” refere-se a “Qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais”.

A Constituição atrelou o conceito de pessoa com deficiência à incapacidade do trabalho e da vida independente. A alusão à deficiência é feita associada não só à pobreza, mas principalmente determinam-se a submissão das pessoas a perícias médicas que observaram os critérios de incapacidade para o trabalho e vida independente. Não há critérios objetivos e uniformes para definir essas duas características, o que termina por transferir para os médicos peritos a responsabilidade pela decisão final.

O Decreto Lei n. 6.214, de 2007 e sua alteração publicada no Decreto n. 6.564, de 12 de setembro de 2008, representou a materialização dos avanços das discussões em relação ao reconhecimento do direito ao BPC à pessoa com deficiência com a proposição de um novo modelo de avaliação, ampliando para uma visão biopsicossocial embasado na CIF da Organização Mundial de Saúde (OMS), implantada em 2009 com a avaliação da deficiência e do grau de incapacidade, que passa a ser realizada por equipe multiprofissional: perito médico e assistente social.

Desta forma, a concessão do benefício ficou sujeita à avaliação da deficiência e do grau de incapacidade composta pela avaliação médica e social. A avaliação médica ficou responsável por avaliar a deficiência e o grau das funções e das estruturas do corpo, e a avaliação social em considerar os fatores ambientais, sociais e pessoais, sendo que ambas concluem a limitação do desempenho de atividades e a restrição da participação social, segundo suas especificidades, ficando a cargo dos profissionais da perícia médica e do serviço social do INSS. As definições desse decreto só foram efetivamente operacionalizadas, dois anos mais tarde, em 2009, quando ocorreu o concurso e nomeações dos assistentes sociais

⁷ O termo portador de deficiência surgiu devido a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, aprovado em 09 de dezembro de 1975, na Assembleia Geral da (ONU).

que passaram a compor o processo de reconhecimento de direito ao BPC com a realização da avaliação social conjuntamente com a perícia médica.

Em 2011, a Lei n. 12.435 que aprimorou a Lei Orgânica da Assistência Social incorporou a compreensão de impedimento de longo prazo para especificar o conceito de pessoa com deficiência, de acordo com o Decreto Lei n. 6.949, de 25 de agosto de 2009, que promulgou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, atualizando a lei com a linguagem contemporânea da convenção. No art. 20, §2 para efeito de concessão deste benefício, considera-se:

I - pessoa com deficiência: aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas; II - impedimentos de longo prazo: aqueles que incapacitam a pessoa com deficiência para a vida independente e para o trabalho pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos (BRASIL, 2011).

Os aspectos da incapacidade para o trabalho e para a vida independente na gênese do benefício foram às características que levaram a desigualdade para reconhecimento da pessoa com deficiência.

O BPC é um mínimo tutelado na medida em que submete seu acesso a uma condição externa, e não ao direito do cidadão que dele necessita, isto é, vincula o acesso à condição econômica da família, e não ao cidadão individualmente considerado (SPOSATI, 2011 p. 139).

A família⁸ para efeitos de concessão do BPC engloba o requerente, o marido, a esposa, filhos menores de 21 anos ou inválidos que vivam sob o mesmo teto, e os equiparados a essas condições.

[...] é um mínimo tutelado na medida em que submete seu acesso a uma condição externa, e não ao direito do cidadão que dele necessita, isto é, vincula o acesso à condição econômica da família, e não ao cidadão individualmente considerado. Sua regulamentação o faz transitar pendularmente do direito individual para o princípio de subsidiariedade, onde o Estado tem responsabilidade secundária à família, mesmo que esta não resida sob o mesmo teto do ancião ou do inválido (SPOSATI, 2004, p. 129).

De fato, dada a relação entre o BPC e renda familiar nos chama a atenção

⁸ De acordo com a Lei n. 9.720, em 30 de novembro de 1998, alterou-se este conceito de família passando a ser considerada o “conjunto de pessoas elencadas no art. 16 da Lei nº 8.213/1991, desde que vivam sob o mesmo teto”, assim entendido: o cônjuge, o companheiro (a), os pais, os filhos e irmãos e os equiparados a essas condições, não emancipadas, menores de 21 anos ou inválidos.

esta contradição para concessão do BPC em que a família encontra-se inserida no atual contexto das políticas sociais, pois ao mesmo tempo em que é prioridade na atenção, também está sendo cobrada e responsabilizada por cuidar da vida das pessoas (SPOSATI, 2004).

Ainda de acordo com a mesma autora, a insuficiência e a miserabilidade do salário mínimo brasileiro que apenas contempla uma cesta básica, configura a linha da indigência, reduzindo as necessidades humanas à alimentação. Assim, pode-se verificar que o referido benefício traz como marca uma abrangência limitada, tanto no que se refere aos segmentos atingidos, como no que diz respeito aos critérios de elegibilidade.

No capítulo seguinte será tratada a Política de saúde no Brasil e o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher.

CAPÍTULO 2 - BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

No presente capítulo será realizado um breve histórico sobre a criação de políticas públicas no Brasil, apresentando um resgate histórico da política de saúde no Brasil, desde a década de 1920, período em que a saúde se caracterizava como assistencialista, passando por transformações significativas até a década atual, como tentativa de privatização do Estado, dos preceitos legais, com a promulgação do SUS, conceitos de saúde garantidos. Será ainda abordada especialmente a saúde da mulher no PAISM, particularizando será discutido a Política Nacional de Atenção Oncológica.

2.1 História da política de saúde

Em 1923 é representativo na história da política de saúde no Brasil, pois, nele foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), reconhecidas pela Lei Eloy Chaves⁹ cujo objetivo foi assegurar cobertura aos trabalhadores assalariados através da medicina curativa, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para dependentes e auxílio funeral. Portanto, tais caixas foram destinadas a grupos específicos de trabalhadores urbanos, que atendeu em um primeiro momento aos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, aos marítimos e estivadores. Não havendo desta forma, nenhum interesse estatal no setor de saúde Assistencialista período anterior à década de 1930, caracterizado pela não intervenção do Estado.

Bravo (2006) inicialmente, na medicina previdenciária foram implantadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923, as quais tinham como objetivo atender os trabalhadores que possuíam um vínculo formal de trabalho. Posteriormente foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), um marco na medicina previdenciária, que mantiveram a lógica de atendimento das CAPs, porém com orientação contencionista.

No contexto sócio-histórico brasileiro, pode-se identificar uma intervenção estatal na saúde a partir de 1930, Getúlio Vargas, o governo federal passou a

⁹ A Lei Eloy Chaves foi uma tentativa de amenizar os conflitos da década de 1920, sancionada no governo de Artur Bernardes (1922 a 1925), que oscilava entre reprimir os movimentos populares e dar uma visão de cunho social à sua plataforma governamental.

concentrar funções e aumentar o controle. Criou-se, então o Ministério da Educação e Saúde, que, embora tenha tomado algumas medidas de controle sanitário, acabou priorizando o sistema educacional.

Com o advento da industrialização, o papel do Estado foi redefinido por meio de políticas públicas e sociais que surgiram para suprir as necessidades da classe trabalhadora. Segundo Teixeira (1995), Getúlio Vargas, então presidente da República, a possibilidade de admissão da classe trabalhadora urbana por meio de medidas de previdência social.

A partir de 1933, a implantação de Institutos ocorre por categoria e ramos de maior expressividade econômico-política no cenário nacional, tendo por finalidade primordial conceder benefícios de aposentadorias e pensões e, de forma secundária, e prestar assistência médica.

No momento em que foram colocadas em discussão as questões de higiene e saúde do trabalhador, as CAP"s surgiram assegurando a algumas categorias, assistência medica curativa, medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço e invalidez, pensões para dependentes e auxílio funeral, de acordo com a contribuição de cada categoria.

De acordo com Bravo (2000), a Política Nacional de Saúde foi formulada e organizada em dois subsetores: um de saúde pública, com ênfase em campanhas sanitaristas e ações voltadas as endemias; e outro voltado para medicina previdenciária, de orientação contecionista, que norteou o Brasil de 1930 a 1945.

Diante desse contexto, o Brasil começou a se voltar para o estudo e a prevenção das doenças e com isso desenvolver outras formas de atuação nos surtos epidêmicos. Sendo assim, desenvolveu-se uma área científica chamada de medicina pública, medicina sanitária, higiene ou somente saúde pública. Esta era complementada por um núcleo de pesquisa das enfermidades que assolavam a população, qual seja a epidemiologia, que é caracterizada por ser o ramo da saúde que estuda na população a ocorrência, a frequência, a distribuição e os fatores determinantes de eventos relacionados com a saúde.

A partir dessas ações foi desenvolvido o Modelo denominado Sanitarista campanhista que apresentava como objetivo preservar e manter a mão-de-obra da população, porém o sanitarismo campanhista não respondia mais às necessidades de uma economia industrializada, e esta por sua vez, foi sendo concebida juntamente com a mudança da previdência social. No ano de 1949 aconteceu a

maior inovação na assistência à saúde durante o segundo governo Vargas, quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU)¹⁰.

Segundo Bravo (2004), nas décadas de 1950 e 1960, houve um aumento considerável dos gastos com a saúde pública, que visou melhorar as condições sanitárias da população em geral dando maior prioridade aos quadros de parasitose e mortalidade infantil. Já no ano de 1960, foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência (LOPS) abarcando toda população brasileira trabalhadora, trazendo avanços significativos no sentido de viabilizar a futura unificação da previdência social, visto que uniformizava os tipos de benefícios concedidos, a forma de contribuição para o financiamento do sistema e os procedimentos administrativos dos institutos.

A vigência da LOPS, contudo, não corrigiu todas as distorções originárias da multiplicidade de institutos; após sua promulgação ainda prevalecia uma falta de uniformidade na distribuição dos gastos entre os diversos programas.

Em 1966 foi instituído o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) sendo um órgão público previdenciário federal brasileiro, criado, a partir da fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensões IAPs existentes na época. Seu objetivo central era corrigir os inconvenientes da segmentação institucional e, com isto, aumentar a eficiência do sistema, no qual registra se também o maior avanço em termos de extensão de cobertura, com a incorporação da população rural, ainda que em regime diferenciado, tanto em benefícios quanto na de forma de contribuição.

A assistência médico-hospitalar aos trabalhadores rurais foi condicionada, a partir de 1971, à disponibilidade de recursos orçamentários. A mesma Lei determinou que a "gratuidade" seria total ou parcial segundo a renda familiar do trabalhador. Toda a legislação previdenciária foi estabelecida com a Consolidação das Leis da Previdência Social (CLPS) de 1976. A assistência médico-hospitalar previdenciária continuou sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MPAS).

Em 1976 foi criado o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), mediando às contradições capital/trabalho, que pressionando o Estado a

¹⁰ O Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), criado pelo Decreto número 27.664, de 30 de dezembro de 1949, entidade de âmbito nacional, tinha por finalidade prestar assistência médica de urgência, em ambulatórios e hospitais a êsse fim destinados, bem como no domicílio ou local de trabalho, aos segurados ativos e inativos, seus dependentes e aos pensionistas dos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, Comerciais, Bancários, Marítimos e Empregados em Transportes e Cargos e da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos.

promover uma abertura, mediante reivindicações da população. A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal passando a ser um dos princípios fundamentais do SUS. Desta forma, o INAMPS aplicava nos estados, através de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existente.

No campo da saúde Bravo (2006) afirma que no período de 1964 a 1974, esta política foi desenvolvida através do privilegiamento do setor privado, articulada à política econômica implantada. Especificamente, a partir de 1974, o bloco de poder modificou sua relação com a sociedade civil, devido não ter consolidado sua hegemonia, e a política de saúde enfrentou tensões entre os interesses dos setores estatais e empresariais e a emergência do movimento sanitário, sobre o qual será descrito adiante.

Em 1970 procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial iniciado em 1970, em atendimento às proposições formuladas pela OMS na Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava "Saúde para Todos no Ano 2000", principalmente por meio da Atenção Primária a Saúde. Dentre o que ficou estabelecido na Declaração de Alma-Ata (1978) destacou-se principalmente:

- A conquista do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde;
- A promoção e proteção da saúde da população é indispensável para o desenvolvimento econômico e social sustentado e contribui para melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial;
- A população tem o direito e o dever de participar individual e coletivamente na planificação e na aplicação das ações de saúde;
- A atenção primária de saúde é ao mesmo tempo, um reflexo e uma consequência das condições econômicas e das características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades.

Nesse contexto, a ampliação da compreensão da complexidade da garantia desse direito fundamental ao ser humano: a saúde, e a alteração de estratégias

originaram o pensamento da promoção da saúde sendo um eixo fundamental para atingir a utopia de “*Saúde para todos até o ano 2000*” (MENICUCCI, 2007, p. 158).

Com a realização da VII Conferência Nacional de Saúde em Brasília no ano de 1980, o governo promoveu e debateu temas amplos, relacionados a implantação e ao desenvolvimento do Programa de Serviços Básicos de Saúde (Prevsáude), destacando as condições sanitárias e de habitação, alimentação e nutrição de saúde da população.

Cabe chamar atenção para a década de 1980 que foi marcada pela intensa mobilização social que reivindicava mudanças na estrutura do sistema de saúde. A saúde, com base nessa nova conjuntura, assumiu uma dimensão política estreitamente vinculada à democracia. Ainda nesta década com a democratização e a influência de novos atores sociais, como os profissionais de saúde e suas entidades, fortaleceram-se as reivindicações pela melhoria da política de saúde e pelo fortalecimento do setor público do movimento sanitário. Destacou-se o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)¹¹, o qual ampliou os debates acerca da saúde pública e sua democratização.

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco na história do SUS por vários motivos. Foi aberta em 17 de março de 1986, por José Sarney, o primeiro presidente civil após a ditadura, e foi a primeira CNS a ser aberta à sociedade; além disso, foi importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária. A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, mas o mais importante foi ter formado as bases para a seção "Da Saúde" da Constituição brasileira de 5 de outubro de 1988.

A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado". Aprovou-se o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federal, estadual e municipal.

Na VIII Conferência, um dos eixos do debate foi à participação no SUS

¹¹ O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) é uma entidade nacional criada em 1976, cuja missão histórica é a luta pela democratização da sociedade e a defesa dos direitos sociais, em particular o direito universal à saúde. Em conjunto com outras entidades parceiras na luta pela saúde, o Cebes forma o movimento da reforma sanitária brasileira, e produz e divulga informações, conhecimentos e análises críticas em saúde voltados para fortalecer sujeitos instituintes por meio da ampliação do pensamento crítico e da consciência sanitária, elementos essenciais a prática e ação política.

proposto na mesma, na perspectiva de controle social, e em seu relatório, a participação em Saúde é definida como intervenções realizadas pelas forças sociais para possibilitar sua influência na formulação, execução e avaliação das políticas públicas no âmbito da saúde. Este processo seguiu em uma batalha entre os setores progressistas e os setores conservadores, até a garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado, a descentralização, o atendimento integral, a universalização, a resolutividade, a hierarquização, a regionalização e a participação.

No ano de 1987 foi publicado o Decreto Lei n. 94.657, que cria o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS). Ressalta-se que implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS.

Para Levcovitz (1997) esse programa foi implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os Governos Estaduais. A fundação do SUDS, cujos primeiros convênios entre o INAMPS e as SES foram firmados já em 1987, caracterizaram-se pela inexistência de uma normatização planejada. “Somente em 1988 o SUDS adquiriu uniformidade jurídico-legal, através do Convênio-padrão SUDS 01/88. Este instrumento de relacionamento entre as esferas de governo induz uma estratégia de estadualização da gestão do sistema, pela transferência de funções federais e pelo destaque dado a CIS”.

Os principais objetivos do SUDS eram: a unificação dos sistemas (Ministério da Saúde; INAMPS e Ministério da Previdência e Assistência Social) com consequente universalização da cobertura e a descentralização.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira foi constituído no início da década de 1970, inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde como forma de oposição técnica e política ao regime militar. Posteriormente, incorporaram-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares.

As proposições desse movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor, o qual defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos

serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público. O movimento tinha como principais bandeiras: 1) a melhoria das condições de saúde da população; 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal; 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços.

O movimento de reforma sanitária defendia as seguintes propostas:

[...] universalização do acesso à saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os conselhos de saúde (BRAVO, 2009, p. 96).

Para Fleury (1998), a reforma sanitária está intimamente ligada à democracia, na medida em que havia em suas propostas formulações doutrinárias para o encontro de ideais igualitários e a tentativa de transformação das políticas públicas, através da regulamentação e responsabilização do Estado pela proteção à saúde dos cidadãos.

Deve-se levar em consideração que este processo de abertura democrática do país recoloca os movimentos sociais organizados como protagonistas na cena política brasileira, este movimento que impulsionou a reforma sanitária culminou na reformulação da Constituição Federal em 1988, a qual instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), direcionando a saúde como um direito do cidadão e dever de Estado. Nesse contexto, a Política de Saúde buscou a construção de uma proposta que absorvesse às reivindicações da Reforma Sanitária, pode-se dizer que em termos de avanços concretos, esta década foi a que melhor impulsionou a política de saúde.

Bravo (2000) afirma ainda que na década de 1980, a saúde contou com a participação de novos atores, como os profissionais de saúde, o movimento sanitário, os partidos políticos de oposição e os movimentos urbanos, na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas.

Essas mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS. Em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei n.

8.080/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS.

Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2014, p. 17).

Para melhor apreensão deste estudo, faz-se necessário, uma análise do conceito de saúde que de acordo com o relatório final da VIII Conferência de Saúde realizada em 1986:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1987, p. 382).

Assim, pode-se compreender que a saúde é um bem necessário ao homem, permitindo que ele realize suas atividades profissionais, sociais e culturais, ou seja, o homem só produz o seu alimento, a sua história e a sua cultura, se tiver condições físicas saudáveis.

Partindo desse ponto, outro conceito de saúde é o da Organização Mundial de Saúde (OMS) que a define como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”. É um conjunto de situações que envolvem as condições socioeconômicas, o meio em que se vive a maneira que se insere na sociedade e no trabalho.

Contudo, deve-se considerar saúde e doença:

Saúde e doença, bem estar e mal estar são fenômenos não apenas físicos que se manifestam pelo bom ou mal funcionamento de um órgão, mas ao mesmo tempo possuem uma dimensão psicológica que passa pelo vivenciar e pela emoção de cada indivíduo. São fenômenos que possuem uma dimensão sócio cultural, coletiva e outra psicológica, individual, que não deveriam ser dicotomizadas. Devem então ser compreendidos enquanto parte do modo de organização da vida cotidiana e da história pessoal de cada um (VAITSAM, 1992, p. 157-8).

Portanto, a doença não pode ser vista como um fenômeno homogêneo,

estático, uma vez que cada pessoa vivencia esse ciclo de vida de uma forma, considerando sua trajetória particular e as condições econômicas, de saúde, educação e, ainda, gênero, etnia, contexto familiar e territorial a ela relacionados.

Atualmente, é consenso o entendimento de que deficiência não é doença e nem deve ser confundida com a palavra incapacidade. As deficiências podem ser parte ou uma expressão de uma condição de saúde, mas não indicam necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deve ser considerado doente (CIF, 2004)¹².

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, baseia-se no princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever de Estado. O SUS aumentou o acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela considerável da população brasileira em uma época em que o sistema vinha sendo progressivamente privatizado. Conforme o Ministério da Saúde¹³, saúde constitui um direito básico para as condições de cidadania da população brasileira. Um país somente pode ser denominado “desenvolvido”, se seus cidadãos forem saudáveis, o que depende tanto da organização e do funcionamento do sistema de saúde quanto das condições gerais de vida associadas ao modelo de desenvolvimento vigente.

O SUS tem o objetivo de prover uma atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio da gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde, promovendo a participação da comunidade em todos os níveis de governo. Desta forma, consolidando o processo de evolução do sistema público de saúde, a Constituição Federal de 1988 consagrou o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde como um direito de cidadania (CF, art. 196). A inclusão da previdência, da saúde e da assistência como partes da Seguridade Social, introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, sendo que antes eram restritos à população beneficiária da previdência.

O SUS é fruto de debates e lutas democráticas na sociedade civil e nos espaços institucionais do Estado brasileiro, afirmado na Constituição de 1988, alicerçou a premissa da saúde como direito de todos e dever de Estado, a partir dos princípios e diretrizes como: a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social.

¹² De acordo com a publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) que classifica o funcionamento, a saúde e a deficiência do ser humano a nível mundial, põe em causa as ideias tradicionais sobre a saúde e a deficiência. A CIF, Incapacidade e Saúde foi aceita por 191 países como a nova norma internacional para descrever e avaliar a saúde e a deficiência.

¹³ Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em 11 de fevereiro de 2018.

Desta forma, a Constituição Federal de 1988, no seu artigo 196 define que “saúde é direito de todos e dever de Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). É dever de Estado garantir saúde através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais, além da prestação de serviços a universalidade na cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado.

No ano de 2005 foi aprovada e estabelecida a Política Nacional de Atenção Oncológica a partir da articulação entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais. Esta política foi implantada com o objetivo de realizar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos em oncologia (CONASS, 2005)¹⁴.

A nova Política Nacional de Atenção Oncológica deve ser constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

Promoção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; Média complexidade; Alta complexidade; Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia; Plano de Controle do tabagismo e outros Fatores de Risco do Câncer do Colo do Útero e da Mama; Regulamentação suplementar e complementar; Regulação, fiscalização, controle e avaliação; Sistema de Informação; Diretrizes Nacionais para a Atenção Oncológica; Avaliação Tecnológica; Educação permanente e capacitação; Pesquisa sobre o câncer (INCA, 2011).

Conforme a portaria que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) a Atenção Básica envolve “ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados” (BRASIL, 2005). Desta forma, ainda no referido ano de lançamento desta política o controle do câncer de mama e colo de útero foram destacados como componentes fundamentais nos planos municipais e estaduais de saúde.

¹⁴ Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) fundado em 3 de fevereiro de 1982, é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o direito público, e que congrega os secretários e seus substitutos legais – gestores oficiais das Secretarias de Estado de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. Tem sede e foro na Capital da República.

2.2 O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM): as particularidades na construção da atenção integral à saúde da mulher

No Brasil, nas primeiras décadas do século XX, começa a ser gestada a política pública de saúde voltada para as mulheres, a partir de uma concepção restrita à sua especificidade biológica, refletindo a cultura sobre os papéis que a sociedade, historicamente, atribuiu à mulher: mãe e reprodutora, o que no âmbito do movimento feminista é criticado uma vez que há uma desigualdade no tratamento de homens e mulheres, papéis distintos, em que o homem é o provedor e a mulher dona de casa.

Desta forma, os programas de saúde da mulher, nas décadas de 1930, 1950 e 1970, limitavam-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Segundo Costa e Moraes (2001), a assistência à saúde da mulher acontecia por meio dos programas materno-infantis que se preocupavam apenas com o período gravídico puerperal, priorizando o binômio 'mãe-filho' e reforçando a visão da maternidade como única via de acesso à cidadania feminina.

Em 1983, o Ministério da Saúde, atendendo as reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), em razão da luta dos movimentos sociais na área da saúde, de forma geral, e do movimento de mulheres, de forma específica, o Ministério da Saúde, por meio da Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil (DINSAMI), elaborou o Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com o objetivo de se reduzir a morbimortalidade da mulher e da criança postulando-se um cuidado mais amplo a saúde da mulher, para além da tradicional atenção ao ciclo gravídico puerperal. Desta forma, este programa se propõe atender as mulheres nos ciclos de vida resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos grupos populacionais¹⁵.

Trazendo como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que paralelamente no âmbito do Movimento Sanitário que se concebia o arcabouço conceitual que se embasaria a formulação do SUS.

¹⁵ Mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco etc.

Mattos (2003) afirma que a integralidade está ligada a um ideal de sociedade mais justa, afinal ela é um princípio que não se concretizou na vida de muitos brasileiros. Observa-se que a integralidade ganhou notoriedade na última década por meio de grupos de pesquisa, eventos e publicações, articulando prevenção e assistência à saúde. Diante disto, pode-se dizer que a integralidade busca garantir aos usuários do SUS todos os níveis de atenção, seja na atenção primária, a alta complexidade; para tanto, é necessário que de fato estas mulheres tenham acesso a exames ao sentir alteração, dor em seu corpo, e caso necessário seja feita melhor investigação para assim podermos dizer que o princípio da integralidade está sendo concretizado no SUS.

Desta forma, o novo programa para a saúde da mulher PAISM inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência a mulher em clínica ginecológica, no pré natal, no parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e mama além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

Em 2004, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) Princípios e Diretrizes, construída a partir da proposição do SUS, respeitando as características da nova política de saúde. A PNAISM também passou a considerar a desigualdade de gênero como fator de grande impacto sobre as condições da saúde da mulher sendo esta Política também fruto de movimentos de mulheres, movimento negro e de trabalhadores rurais, sociedades científicas, dentre outros pesquisadores, organizações governamentais e não governamentais gestores do SUS.

A atenção à saúde integral da mulher passa a ser compreendida no atendimento a mesma partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim, como de sua singularidade e suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas.

A PNAISM tem como principais objetivos:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro;

- Contribuir para redução da morbidade e da mortalidade femininas no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral a saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

A Política Nacional para mulheres orienta-se pelos princípios de igualdade e respeito à diversidade, da equidade, de autonomia das mulheres, de laicidade do Estado, de universalidade das políticas, de justiça social, de transparência dos atos públicos e de participação e controle social (BRASIL, 2008).

Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos, resultando de uma articulação que envolveu os Ministérios da Saúde, da Educação, da Justiça e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, assim como as Secretarias Especiais de Políticas para as Mulheres, Políticas de Proteção e Promoção da Igualdade Racial e Secretaria Nacional de Direitos Humanos.

No estado de Goiás, a Área Técnica da Saúde da Mulher situa-se na Gerência de Gestão da Atenção Básica e na Sub-gerência dos Ciclos de Vida da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde (SPAIS/SES-GO). Seu papel é elaborar as políticas de saúde da mulher em um processo permanente de interlocução com as demais áreas técnicas desta e de outras superintendências da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), além de outras Secretarias, cujas ações apresentam interface com a saúde da mulher. Tem importante papel na elaboração de notas técnicas e documentos, publicações sobre temas relacionados à saúde da mulher e apoiar tecnicamente os municípios na elaboração e implementação das políticas e planos de ação.

Dessa forma, a proposta é que esta Política seja um instrumento de apoio aos municípios na implementação de ações de saúde da mulher, que respeitem os seus direitos humanos e sua situação social e econômica.

Sendo o município *locus* das ações, entende-se que a decisão política das secretarias municipais de saúde é fundamental para que as mulheres tenham os seus direitos reconhecidos e as políticas realmente implantadas. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi implantado nos 246 municípios do Estado de Goiás, conforme disponibilizado no site da secretaria de saúde do Estado de Goiás e suas ações são desenvolvidas de maneira descentralizadas pelos municípios nas unidades públicas conforme, a regionalização objetivando, resguardar os direitos

sexuais e reprodutivos da mulher e estando os mesmos contemplados nas áreas de atuação do PAISM.

Contudo, nota-se que ainda hoje, mulheres na busca pelos serviços de saúde, encontram dificuldades, discriminação e acima de tudo, violação do direito a saúde de forma integral. A oferta de serviços para a realização de exames preventivos para câncer de mama entre outros, deve ser permanente e amplamente disseminada na rede básica de saúde em todos os municípios, casos suspeitos e identificados, devem imediatamente serem encaminhados para atendimentos em Centros Especializados conforme preconiza a Lei n. 12.732/2012 conhecida como a Lei dos 60 dias, no início do tratamento após o diagnóstico.

Outro agravante é a falta de informação das mulheres com seu corpo, como direito a reconstrução mamária prevista na Lei n. 12.802, de 24 de abril de 2013 que dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes ao SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer¹⁶. Ressalta-se que esta reconstrução imediata depende do tipo de cirurgia realizada, estado clínico da paciente.

Silva (2008) descreve que a perda da mama representa para a mulher no primeiro momento, a morte simbólica, pois a maioria delas demonstra preocupações com a rejeição de seus familiares e da sociedade.

De acordo com Scavoni (2004) relata que a emergência dos estudos sobre a mulher representou, entre outras coisas, uma superação da tendência em se buscar no determinismo biológico a explicação para as desigualdades sexuais, promovendo uma ruptura com as tradicionais oposições binárias presentes em diversas teorias – natureza e cultura, objetivismo e subjetivismo, razão e emoção, público e privado, etc.

A partir da década de 1990, com o processo de estruturação do SUS coube ao Instituto Nacional do Câncer (INCA) o papel de agente diretivo das políticas de controle do câncer no país. Em 1998, surgiu o Programa Nacional de Controle do Câncer de colo de útero ‘Viva a Mulher’¹⁷ e em 2000 as primeiras iniciativas para o

¹⁶ De acordo com Fernandes (2010), a palavra câncer é originária do grego “Karkinos” (caranguejo), ela caracteriza uma doença que se desenvolve pelo crescimento descontrolado de células aberrantes e cada tipo de tumor tem características específicas, que precisam ser estudadas para haver um diagnóstico, tratamento e acompanhamento apropriado. Os tipos de tratamento são a quimioterapia, radioterapia, imunoterapia, cirurgia, hormonioterapia e o paliativo.

¹⁷ O projeto-piloto, denominado Viva Mulher, foi implantado entre janeiro de 1997 e junho de 1998 em seis localidades (Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e estado de Sergipe) e atendeu 124.440 mulheres, priorizando mulheres entre 35 e 49 anos que nunca haviam feito o exame

controle do câncer de mama consolidadas com as diretrizes técnicas nesta área.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2002) para um efetivo controle do câncer são necessárias ações para garantir uma atenção integral ao paciente em todos os níveis, desde a prevenção, diagnóstico, tratamento até os cuidados paliativos. Em relação ao câncer do colo do útero e da mama, o tratamento é mais efetivo quando a doença é diagnosticada em fases iniciais, antes do aparecimento dos sintomas clínicos, justificando a importância das ações para a detecção precoce.

Diante do exposto, ressalta-se que a década de 1980 foi fundamental na luta das feministas brasileiras em relação à questão da saúde da mulher uma vez que implantou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pelo Ministério da Saúde, em 1983, onde contemplou diversas etapas, ciclos de vida e situações de saúde das mulheres, incluindo assuntos referente a reprodução, planejamento familiar entre outros temas relacionados a saúde, conseqüentemente a vida de mulheres, mais tarde este Programa, foi transformado em Política Nacional Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), também passou a considerar a desigualdade de gênero como fator e grande impacto sobre as condições da saúde da mulher, conquista esta, fruto do movimento de mulheres.

Desta forma, a ação de militância do movimento feminista foi peça fundamental na consolidação desta Política, trouxe a mulher para o centro da arena de discussões, promovendo importantes reflexões na sociedade e atuando com destaque na elaboração de temas complexos relacionados a saúde da mulher que precisam ser discutidos juntamente com a sociedade civil e demais movimento uma vez que a taxa de mortalidade relacionada ao câncer corresponde a 15%, sendo que seus índices apresentam-se crescentes e elevados, provavelmente porque a doença é diagnosticada em estádios avançados.

A previsão do INCA em 2016 foi de 57.960 de novos casos de câncer de mama no Brasil, em Goiás a estimativa foi de 1.680 diagnósticos, destes 550 só na capital Goiânia. Nesse sentido, cabe à rede primária de saúde receber e realizar o exame clínico das mamas das mulheres, solicitar exames mamográficos nas mulheres com situação de risco, receber resultados e encaminhar aquelas cujo resultado mamográfico ou cujo exame clínico indiquem necessidade de maior

investigação a unidades de saúde especializadas, para realização de biópsia, emissão do laudo, e caso confirmado diagnóstico encaminhamento para oncologista para agendamento da cirurgia ou início das sessões de quimioterapia.

Nesse sentido, para Souza (2008) o diagnóstico precoce é efetivo no câncer de mama, e é importante para otimizar os tratamentos disponíveis, bem como para a determinação de melhora da sobrevida das pacientes.

Cabe destacar, que no Brasil, em 2004 foi publicado pelo INCA as recomendações para rastreamento do câncer de mama denominado de Documento de Consenso¹⁸, no qual estabelece conjunto de ações governamentais e estratégias para o controle e prevenção do câncer de mama no Brasil. Assim, recomenda-se exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, às mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama. Destaca-se, ainda, que são definidos como grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama:

- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa ou neoplasia lobular in situ¹⁹.

Com relação ao que foi dito acima, em 2012 foi sancionada a Lei n. 12.732 que garante que o paciente com diagnóstico de neoplasia maligna tem o direito de se submeter ao primeiro tratamento no SUS, no prazo de até 60 dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor. Porém não há legislação que assegure acesso à mamografia antes dos 40 anos, que conforme determina a Lei não é assegurada a todas as mulheres pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Ressalta-se que o acesso e o tempo para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama variam nas diversas regiões do país, dependendo de fatores geográficos, socioeconômicos e culturais para efetivação, proteção e recuperação da saúde, seja na prevenção, na integralidade do atendimento.

¹⁸ Este documento de consenso apresenta as recomendações emanadas dessa oficina para a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos no câncer de mama e aponta possíveis estratégias que devem ser utilizadas para a sua implementação no Sistema Único de Saúde.

¹⁹ No carcinoma lobular in situ as células se parecem com as células cancerosas que crescem nos lobos das glândulas produtoras de leite, mas não se desenvolvem através da parede dos lobos. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tipos-de-cancer-de-mama/1382/34/> Acesso 13 de jan. de 2018.

Há ainda lacunas que precisam ser sanadas, mulheres precisam ser ouvidas em suas angústias, dúvidas em relação ao seu corpo, enfim sobre o que irá acontecer durante o árduo tratamento que é submetida, é necessário enxergar esta mulher além da doença é respeitar suas crenças, seu sonho de ter uma mama reconstruída independentemente da idade, e se quadro de saúde assim permitir, é também não ficar preso apenas ao câncer é conhecê-la na individualidade e assim tratá-la acima de tudo com respeito.

Conforme discutido acima, verifica-se que o movimento de mulheres trouxe e ainda traz contribuições relevantes para a trajetória da Política de atenção à saúde da mulher. Para tanto é necessário engajamento da sociedade civil, em especial participação das mulheres nestes espaços de debate e construção de novas políticas e efetivação das já existentes para assegurar à todas mulheres independente de raça, religião, orientação sexual, tratamento de saúde digno, que atenda todas suas necessidades para que tenham acesso integral, da prevenção ao tratamento em tempo hábil em todas as instâncias, respeitando o princípio da integralidade preconizado no SUS e tão mencionado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

A seguir, será abordada a metodologia para construção da pesquisa empírica.

CAPÍTULO 3 - PRINCÍPIOS TEÓRICO-METODOLÓGICO

Buscou-se trabalhar com uma abordagem qualitativa que possibilitasse a descrição e análise da vida concreta das mulheres participantes da pesquisa ou da dinâmica do real dessas mulheres na sociedade, ou melhor, da dialética como um método de abordagem desta realidade, buscando compreender o processo histórico do objeto em seu próprio dinamismo (MINAYO, 2004).

Segundo Netto (2011) o método dialético de Marx partiu criticamente da realidade objetiva iniciando uma análise da sociedade, para descobrir sua estrutura e dinâmica além da realidade aparente, buscando atingir a sua essência. “O conhecimento teórico é o conhecimento do objeto, como é em si mesmo, real, independente dos desejos do pesquisador. A teoria é o movimento real do objeto transposto para o cérebro do pesquisador” (p. 21). Ainda de acordo com esse autor, o papel do pesquisador é ativo, devendo instigar o máximo de conhecimentos, de revisá-los com criticidade.

Foi utilizada a abordagem qualitativa de Minayo (2004), na qual para coleta de dados foi utilizada técnica de entrevista com uso de Roteiro de Entrevista Semiestruturada (APÊNDICE D). A amostra foi composta por nove mulheres que possuem em comum o fato de estarem no processo de acompanhamento no Ambulatório de Mastologia do HC e que recebem o BPC.

Esta quantidade de sujeitos se justifica por essa abordagem qualitativa que foi escolhida. Minayo (2004) afirma que, para uma pesquisa qualitativa o critério não é numérico e uma amostra ideal é aquela capaz de espelhar a totalidade nos seus múltiplos aspetos.

Desta forma, a pesquisa qualitativa, de acordo com Severino (2007, p.157) “refere-se a um conjunto de metodologias, envolvendo diversas referências epistemológicas”.

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir do qual as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO, 1996, p. 244).

Ainda, para a referida autora, a pesquisa qualitativa envolve aspectos da realidade social, o local em que se ocorrem os conflitos, as mudanças para ganhar

significação. Por este motivo, entende-se que esta abordagem foi a mais apropriada, devido à complexidade da realidade e do contexto social que envolve esta pesquisa.

3.1 Campo da pesquisa: ambulatório de mastologia do Hospital das Clínicas (HC/UFG)

O Programa de Mastologia da Faculdade de Medicina (UFG), localizado no Hospital das Clínicas da UFG/ EBSERH, teve seu início em 1993 para atender a demanda de usuárias com patologia mamária que procuravam o Hospital, coordenado pelo Prof. Dr. Ruffo de Freitas Júnior. O atendimento contava em seu início, somente com um ambulatório em Mastologia. Com crescimento do serviço, bem como o aumento da demanda, com relação à formação de profissionais especialistas em Mastologia; assim no ano de 2007, foi implantado o Programa de Residência Médica em Mastologia.

Já no ano de 2016, foi inaugurado o Centro Avançado de Diagnóstico da Mama (CORA), em parceria com Instituto Avon, UFG e demais parceiros, tendo objetivo reduzir o índice de mortalidade de mulheres por câncer de mama no Estado de Goiás uma vez que conta com aparelhos de última geração.

Atualmente, os atendimentos são realizados por uma equipe multidisciplinar composta por: assistente social, médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e acadêmicos de diversas áreas da saúde.

O Programa é constituído da seguinte maneira: Atendimento ambulatorial, prestado desde a admissão do paciente, com especial atenção as pessoas com câncer de mama, durante todo o tratamento, estendido inclusive ao domicílio, sendo atendidas cerca de 750 usuárias por mês, totalizando aproximadamente 9.000 atendimentos por ano, destes atendimentos. São diagnosticados em média 120 casos de câncer de mama por ano, com faixa etária entre 25 a 90 anos. Entre outros anos de 1993 a 2015 foram diagnosticados e tratados ao longo dos anos mais de 1500 mulheres e 10 homens com a referida doença.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) as mulheres a maioria da população brasileira e as principais usuárias do SUS. A previsão do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer da mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres no Brasil, excluindo o câncer de pele não melanoma. A Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil (INCA, 2014), válida para

os anos de 2014 e 2015, previu 57.120 casos de câncer da mama, com risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres.

No ano de 2015, neste mesmo ambulatório foram diagnosticados 127 casos de câncer de mama, e 18 mulheres com idade até 40 anos, fato este preocupante uma vez que estão “fora” do grupo que tem direito a fazer a mamografia pelo SUS. De acordo com a Legislação em vigor a partir dos 40 quando se tem casos na família, o que não tem sido frequente e estas mulheres mesmo percebendo “algo errado” em suas mamas muitas vezes não são ouvidas nas unidades básicas de saúde, nem sequer examinadas e acabam chegando ao Programa com diagnóstico tardio o que compromete muito o tratamento.

No Programa de Mastologia são desenvolvidos ainda: programas e projetos em pesquisa acadêmica e clínica relacionada às enfermidades da mama; prevenção primária e rastreamento do câncer de mama; tratamento oncológico, cirúrgico e reabilitação.

A equipe multidisciplinar realiza esporadicamente visitas domiciliares de apoio as usuárias, fornecendo orientação, informação visando adesão e manutenção no seguimento do tratamento. Com o respaldo do trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional na sala de espera e também no atendimento diário, tem-se o mínimo de perda das pacientes com neoplasia mamária. Desta forma, a visão multidisciplinar visa sempre o bem estar da mulher, de forma humanizada e personalizada, e a garantia de direitos além de aumentar a aderência aos diversos momentos do tratamento. Os estudos são realizados cotidianamente por Assistente Social, Psicóloga e Enfermeiras, sem a presença de médicos residentes.

As usuárias atendidas neste ambulatório têm como via de acesso o Sistema de Regulação, que a partir das solicitações referenciadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos diversos municípios goianos encaminhando as pacientes para acompanhamento especializado com mastologistas. Conforme o perfil assistencial do HC, que tem como marca as ações de maior complexidade, as principais situações atendidas neste ambulatório envolvem o tratamento quimioterápico, cirúrgico com acompanhamento mensal, trimestral, semestral e anual das usuárias diagnosticadas com câncer de mama, sendo estas, atendidas sistematicamente por quase toda equipe mencionada acima, com exceção da nutrição e fisioterapia que atendem de acordo com a necessidade de cada paciente.

Nesse sentido, o Serviço Social atende todas pacientes oncológicas deste

ambulatório, sendo preferencialmente o primeiro atendimento realizado logo após a confirmação do diagnóstico, o que nem sempre é possível devido questões emocionais da usuária e até mesmo a recusa deste atendimento naquele momento. Neste primeiro atendimento é realizada a entrevista social, feitas orientações e encaminhamentos previdenciários e assistenciais.

Mensalmente, na última sexta-feira do mês são realizadas reuniões com temas que visem maior participação destas mulheres em espaços de debates como Conselhos locais, associações, em relação a seus direitos, resgate de autoestima é proporcionado momentos de lazer/passeios e atividades ao ar livre. Ressalta-se que estas atividades são desenvolvidas pela Assistente Social e Psicóloga do Programa. É realizada ainda pelo Serviço Social busca ativa de pacientes em perda de segmento visando não comprometer o tratamento uma vez que o tempo é primordial para cura da doença.

Os trabalhos sociais têm sido outro importante foco do Programa de Mastologia com ações educativas promovidas com as usuárias do ambulatório, realizadas no grupo de convivência, com os membros da Associação dos Portadores de Câncer de Mama do HC (APCAM) que é uma entidade sem fins lucrativos, que tem como finalidade fundamental auxiliar os seus membros, pacientes portadores de Câncer de Mama, nos aspectos biopsicosociais. Esta associação é mantida através de doações de pessoas física ou jurídica, entidades públicas, governamentais e não governamentais que, sensibilizadas e conscientes com seu papel humano e social na prevenção e promoção da saúde, procuram apoiá-la de alguma forma.

Outro índice elevado é o grande percentual de mulheres atendidas no Programa de Mastologia do HC, que não são seguradas pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), trabalham na informalidade ou são donas de casa (sem rendimentos), e ao terem o diagnóstico da doença, e atendendo os critérios da LOAS, recorrendo ao benefício como forma de prover os mínimos sociais e manter suas necessidades básicas, posto que durante o tratamento quimioterápico cirúrgico e radioterápico, ocorre o acompanhamento durante cinco anos, em que na maioria das vezes é indicado uso de medicamento como forma de prevenção de recidiva do câncer. Desta forma, no primeiro ano de tratamento da doença, a mulher fica impossibilitada de exercer suas funções laborativas.

3.2 Sujeitos da pesquisa

A presente pesquisa teve como universo as mulheres atendidas no Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas UFG/EBSERH. A amostra foi constituída de 09 mulheres que tiveram câncer de mama, usuárias do SUS, atendidas no Programa de Mastologia do HC. No período de 1996 a 2015 foram diagnosticados 1060 casos. Há nestes dados uma certa imprecisão dos locais que efetivamente residem essas mulheres, devido o temor que a paciente tem em residir em outro município e/ou Estado e não serem admitidas como paciente do Hospital das Clínicas no Programa de Mastologia, nestes casos, a paciente procura fornecer endereço de algum parente ou amigo que resida no Município de Goiânia.

Este recorte fez-se necessário uma vez que mulheres que estão em processo de tratamento nos anos de 2016 e 2017 em sua grande maioria utilizando de tratamento quimioterápico, podendo apresentar efeitos adversos, que podem ser transitórios como: náuseas, vômitos, diarreia, tonturas e outros que interferem nas condições e modo de vida.

Utilizou-se como critério de inclusão: mulheres diagnosticadas com câncer de mama e em tratamento anual no Programa de Mastologia da UFG/EBSERH, entre os anos de 1996 a 2015, que recebem o BPC; e mulheres residentes em Goiânia e Aparecida de Goiânia/Go, e com disponibilidade para participar da pesquisa.

Como critério de exclusão: mulheres diagnosticadas na rede de saúde privada; mulheres que não recebem o BPC; mulheres que receberam o diagnóstico de câncer em anos diferentes ao estudado pela pesquisa; mulheres com câncer de mama seguradas do INSS; mulheres acima de 65 anos, uma vez que pela idade e não tendo renda tem direito ao BPC devido o Estatuto do Idoso; mulheres que residem fora do município de Goiânia; mulheres com metástase; mulheres em tratamento sistemático (mensal), ou seja, que esteja em tratamento quimioterápico.

3.3 Procedimentos

A pesquisa de campo teve início após o projeto ser aprovado na Plataforma Brasil e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, sob o número de registro n. 2.128.425, aprovado em 20 de Junho de 2017 e da Instituição Proponente Comitê de Ética do Hospital das Clínicas UFG sob o

número de registro n. 2.245.769, aprovado em 29 de agosto de 2017 conforme preconizado pela Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 (APÊNDICE A).

A partir da aprovação em ambos os comitês foi realizado contato telefônico com as mulheres que atenderam os critérios de inclusão desta pesquisa, para solicitar sua adesão, ressaltando-se que em um primeiro momento todas as mulheres abordadas concordaram em participar da pesquisa. Os dados pessoais, como número do telefone e endereço foram retirados do prontuário de cada uma delas, após prévia autorização do setor responsável.

Ao fazer pesquisa inicial em fontes primárias, prontuários e registros eletrônicos do Serviço Social, algumas dificuldades foram encontradas pela pesquisadora para “selecionar” mulheres participantes, a saber: falta de dados atualizados, número de telefone inexistente, dados insuficientes no sistema eletrônico uma vez que entrevista social é realizada no momento do diagnóstico e naquele momento a mulher ainda não recebe o amparo assistencial da LOAS; o número significativo das mulheres contactadas que residem fora dos municípios de Goiânia e Aparecida de Goiânia.

Porém, constatou-se prática frequente em que elas utilizam endereço de familiar ou conhecido com finalidade de regulação via Secretaria Municipal de Saúde. Outra dificuldade encontrada, foi que no primeiro momento as mulheres atendidas no Programa relataram receber o BPC, foi frequente também aquelas que tentaram e tiveram o pedido do benefício indeferido, porém, algumas recebem auxílio doença, outras são aposentadas por invalidez, por tempo de contribuição com INSS, outras apresentam quadro recente de metástase e até mesmo óbito da usuária pré selecionada.

As mulheres escolhidas para a pesquisa, foram orientadas sobre a participação e da necessidade de assinar do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE/APÊNDICE B), após estas informações, as visitas domiciliares eram agendadas para a realização da entrevista. Ressalta-se que a pesquisa foi financiada com recursos próprios da pesquisadora.

3.4 Instrumentos e análise de dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2017. Para desenvolver a pesquisa, os instrumentos utilizados foram por meio de visitas domiciliares com entrevista por meio de um Roteiro de Entrevista Semiestruturada (APÊNDICE D). Segundo Minayo (2004), o roteiro de entrevista semiestruturada

engloba perguntas fechadas e abertas, que possibilitam ao entrevistado discorrer suas respostas livremente, sem condições prefixadas pelo pesquisador.

Minayo (2001) considera ainda, a entrevista uma “conversa com finalidade”, partindo de um roteiro que possibilita discorrer sobre o tema proposto sem respostas prefixadas pelo pesquisador, embora este se mantenha atuante, permitindo ao mesmo tempo liberdade da fala dos entrevistados.

Utilizou-se de roteiro prévio com caráter descritivo interpretativo da realidade a ser estudada, questionário sociodemográfico (APÊNDICE C), assim como técnica de observação com o auxílio do gravador de voz para a entrevista, sendo mantido o sigilo do nome da usuária participante da pesquisa, que serão identificadas com nomes fictícios. Os dados da pesquisa serão trabalhados por meio de análises das entrevistas, gráficos e análises de categorias.

Como dito anteriormente, para a coleta e análise dos dados, considerou-se que a abordagem qualitativa, de acordo com Minayo (1996, p. 244):

[...] realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir do qual as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas.

Além disso, a autora afirma que a pesquisa qualitativa envolve aspectos da realidade social sendo o local em que se ocorrem os conflitos, as mudanças e onde tudo ganha significação. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas com o consentimento das entrevistadas. Após a transcrição das entrevistas, deu-se o processamento dos dados para a construção de categorias que foram descritas e interpretadas em articulação com o referencial teórico.

Apresentou-se no quarto capítulo as condições e modo de vida de usuárias do Programa de Mastologia do HC. Abordou-se também, o perfil socioeconômico das usuárias, o resultado e discussão.

CAPÍTULO 4 - CONDIÇÕES E MODO DE VIDA DE USUÁRIAS DO PROGRAMA DE MASTOLOGIA DO HC: RELAÇÕES COM O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

O diagnóstico de câncer de mama traz mudanças significativas, não só na área da saúde, mas no modo de vida destas mulheres que se reflete em toda a população surgindo novos desafios a partir do contexto social que elas estão inseridas na sociedade. Toda pessoa tem uma história única, construída cotidianamente, no seu percurso de vida. Esses aspectos devem ser considerados em qualquer ação voltada à melhoria da qualidade de vida.

O impacto da doença no paciente e em seus familiares precisa ser compreendido, ou seja, devem ser consideradas as condições emocionais, socioeconômicas e culturais dos pacientes e de seus familiares, visto que é nesse contexto que emerge a doença, e é com essa estrutura sociofamiliar que vão responder à essa situação nova.

Durante os últimos anos houve grandes avanços no que se refere ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama, produzindo assim um significativo aumento da taxa de sobrevivência das mulheres. Também têm ocorrido extraordinárias mudanças em relação ao entendimento da doença.

As condições sociais e econômicas da população são determinantes dos processos de saúde e doença e, efetivamente, os segmentos mais pobres têm maiores riscos de adoecimento advindos de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais e estão diretamente relacionadas as condições e modo de vida.

Diante desse contexto, González Rey (2004) afirma que o modo de vida é um importante conceito sociológico no qual se expressam as motivações essenciais do homem num sistema de atividades concretas, pelo qual essa categoria tem um importante significado para a saúde humana.

Diante de tal afirmativa, o modo de vida das pessoas não costuma ser medido pelas condições de vida de uma população, não costuma ser medido pelos indicadores sociais, tais como as taxas de crescimento vegetativo, mortalidade infantil, analfabetismo, expectativa de vida entre outros.

Ao analisar a história de vida das beneficiárias do BPC é necessária a apreensão da conjuntura socio-histórica, na qual essas mulheres estão inseridas.

Para isso, buscou-se conhecer as condições de vida de nove mulheres que já enfrentaram o câncer e que recebem o benefício. Comumente, mulheres acometidas por câncer de mama, tendem a passar por diversos tratamentos, quimioterapia, quadrantectomia²⁰, mastectomia²¹ e radioterapia provocando sequelas, interrompendo assim seu trabalho.

Para Gonzalez Rey (2004) vale ressaltar que a organização social e econômica de uma sociedade determina as condições de vida em que o homem realiza seu trabalho, as quais terão um papel ativo no modo de vida. Desta forma pode-se dizer que é através das relações sociais, do trabalho que o homem se insere na sociedade para que haja o suprimento de suas necessidades básicas.

Os impactos destrutivos do sistema vão deixando marcas exteriores sobre a população empobrecida: o aviltamento do trabalho, o desemprego, a debilidade da saúde, o desconforto, a moradia precária e insalubre, a alimentação insuficiente, a ignorância, a fadiga, a resignação, são alguns sinais que anunciam que os limites das condições de vida dos excluídos e subalternizados da sociedade (YAZBEK, 1999, p. 61).

Com o propósito de conhecer mais sobre o modo e as condições de vida das mulheres entrevistadas pretendeu-se com esta pesquisa compreender o significado do BPC para cada beneficiária, como este impactou seu modo de vida e saúde.

Diante da história de vida, da conjuntura da sociedade em que vive se, estas mulheres poderão estar mais expostas a situações de vulnerabilidade ou mais fortalecidas para buscar estratégias para enfrentar adversidades, o que pode influenciar nas condições e modo de vida.

Além da evidente fragilização das condições de vida e trabalho de maiorias, a destituição dos direitos — ou, no caso brasileiro, a recusa de direitos que nem mesmo chegaram a se efetivar — significa também a *erosão das mediações políticas entre o mundo social e as esferas públicas*, de tal modo que estas se descaracterizam como esferas de explicitação de conflitos e dissenso, de representação e negociação; é por via dessa destituição e dessa erosão, dos direitos e das esferas de representação, que se ergue esse consenso que parece hoje quase inabalável, de que o mercado é o único e exclusivo princípio estruturador da sociedade e da política, que diante de seus imperativos não há nada a fazer a não ser a administração técnica e suas exigências, que a sociedade deve a ele se ajustar e que os indivíduos, agora desvencilhados das proteções tutelares dos direitos, podem finalmente provar suas energias e capacidades empreendedoras (TELLES, 1999, p.187).

²⁰ Quadrantectomia é um caso particular de mastectomia, em que só se remove um quarto da mama. É a cirurgia que retira o tumor, uma parte do tecido normal que o envolve e o tecido que recobre o peito abaixo do tumor (tratamento que conserva a mama). A radioterapia é aplicada após a cirurgia.

²¹ Na mastectomia o cirurgião remove toda a mama.

Sendo assim, a condição de pobreza, a miséria, o afastamento do trabalho estão presentes, no cotidiano destas mulheres, o quadro de vulnerabilidade social se acentua com a doença, limitando ainda mais o acesso a bens e serviços para satisfação das necessidades básicas.

Diante disso, o modo de vida vivenciado por estas mulheres agrega referências e experiências que podem influenciar na forma como percebem a si e como podem lidar com as mudanças, questões relacionadas às doenças, como também os aspectos sociais, econômicos, trabalhistas, emocionais e religiosos uma vez que o diagnóstico de câncer não altera somente o físico e o psicológico, altera também a situação financeira.

4.1 Perfil socioeconômico das usuárias

O interesse por realizar visitas domiciliares durante a pesquisa surgiu da necessidade de conhecer como vivem as beneficiárias do BPC, ou seja, ir além das demandas que elas trazem no cotidiano no ambulatório, podendo conhecer suas condições e modo de vida. Foram realizadas nove visitas às usuárias residentes em Goiânia/GO e Aparecida de Goiânia-GO.

A realização das visitas domiciliares mostrou-se de extrema importância enquanto estratégia para desconstruir rótulos acerca da vida da população encontrada, pois, propiciou aproximação com outros mundos, outras histórias, outros olhares. O processo de realização da visita e da entrevista domiciliar favoreceu uma maior abertura das entrevistadas em relação ao tema, provavelmente por estarem em suas casas, poderem abordar outros assuntos nunca abordados no hospital durante os atendimentos realizados na sala de Serviço Social “Consultório 4”. As entrevistas aconteceram de forma tranquila, muitas vezes, tendo um caráter mais intimista (com manifestações afetivas) que dificilmente aconteceria no ambiente institucional, no caso o Hospital das Clínicas.

Entre as mulheres entrevistadas na pesquisa todas têm em comum, ter superado o câncer de mama, nenhuma das entrevistas são seguradas pelo INSS conforme será apresentado a seguir.

Dentro desse contexto será apresentado o perfil sócio econômico dos sujeitos da pesquisa e análise dos dados das nove mulheres entrevistadas por meio de

Roteiro com dados coletados no momento da visita domiciliar, entrevistas realizadas nos meses de setembro e outubro de 2017.

Das nove mulheres entrevistadas, oito são moradoras do município de Goiânia e apenas uma reside em Aparecida de Goiânia. O quadro abaixo apresenta que: quatro moram em casas cedidas, duas residem em casas alugadas e apenas três entrevistadas possuem casas próprias.

Conforme relatos:

A casa é nossa, foi uma luta para conseguir, a reforma foi feita com o cheque moradia que eu ganhei lá no CRAS (Neusa)²²

Meu sonho é ganhar uma casinha eu nunca consegui ganhar uma casa já lutei já fiz tudo vou lá mando aqueles negocio preencho aquelas coisas mando mais não tá adiantando nada não (Olga).

No Quadro 1, nota-se que quatro mulheres residem em casas cedidas, três residem em casas alugadas e duas pagam aluguel. O acesso à moradia é uma dimensão central para estudar as condições de vida da população, nesse sentido, as condições de vida adequadas de moradia, alimentação, emprego, renda, acesso às políticas públicas e sociais contribuem diretamente e indiretamente para saúde, evitando o adoecimento. É ainda, um sonho a ser realizado.

Quadro 1 - Cidade e situação contratual de moradia.

Entrevistada	Cidade que reside	Situação Contratual da moradia
Olga	Goiânia	Cedida
Francisca	Goiânia	Própria
Fátima	Aparecida de Goiânia	Cedida
Joana	Goiânia	Alugada
Antônia	Goiânia	Alugada
Clarice	Goiânia	Cedida
Estela	Goiânia	Cedida
Jacira	Goiânia	Própria
Neusa	Goiânia	Própria

Fonte: Dados coletados no período de setembro/outubro de 2017.

²² Ressalta-se que os nomes das nove entrevistadas são fictícios.

Os serviços de saneamento básico é um importante fator para prevenção de doenças, a cobertura de serviços de saneamento básico abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial e coleta direta ou indireta de lixo, influenciam na qualidade da saúde. Constatou-se que todas as ruas possuem pavimentação, iluminação pública, porém ineficiente rede de esgoto e água; já a coleta de lixo é realizada em todos os bairros visitados.

Quadro 2 - Serviços públicos existentes no local de domicílio.

Entrevistada	Pavimentação	Iluminação Pública	Rede de Água	Rede de Esgoto	Coleta de Lixo
Olga	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Francisca	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Fátima	Sim	Sim	Não	Não	Sim
Joana	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Antônia	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Clarice	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Estela	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Jacira	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Neusa	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: Dados coletados no período de setembro/outubro de 2017.

No que tange ao acesso ao acesso e serviços o quadro assim se expressa: os bairros que as entrevistadas residem, localizam-se afastados do hospital que elas fazem acompanhamento de saúde, em média gasta-se duas horas de ônibus, os bairros apresentam precariedade no transporte coletivo, poucas linhas, sempre lotados. Conforme Quadro 3.

Quadro 3 - Acesso à serviços básicos próximos as residências.

Entrevistada	Transporte	Escola Pública	Posto de Saúde	Delegacia	Espaço para lazer
Olga	Não	Sim	Sim	Não	Não
Francisca	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Fátima	Não	Sim	Não	Não	Não
Joana	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Antônia	Não	Sim	Sim	Não	Sim
Clarice	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Estela	Não	Não	Sim	Não	Não
Jacira	Não	Sim	Sim	Sim	Não
Neusa	Sim	Não	Não	Não	Sim

Fonte: Dados coletados no período de setembro/outubro de 2017.

Dentro deste contexto, no que diz respeito a serviços básicos próximos às residências visitadas, constatou-se como maior dificuldade relatada pelas entrevistadas, é a precariedade do transporte público, seguido da falta de segurança. Em relação aos postos de saúde, sua cobertura é considerada insuficiente pelo número de bairros que atendem; já as escolas públicas têm se próximo a maioria das casas. Outro serviço básico, referente a espaços para lazer, não foi encontrado em todos os bairros o que afeta diretamente às condições sociais de vida das entrevistadas. Um exemplo é a prática de atividade física que reduziria doenças. Conforme as falas abaixo:

Aqui ainda tem é fossa, a água é da cisterna, as linha dos ônibus aqui é tudo longe eu penei um pouquinho, é tudo longe, escola tem os meninos vão a pé, creche não tem delegacia também não, tem o postinho de saúde mais não funciona ainda (Fátima).

Aqui no setor vixi esgoto não tem não, delegacia tem mais só lá em cima (Jacira)

Os dados apresentados caracterizam que o acesso ao serviço de saúde pública consultas, exames entre outros é importante, mas, por si só, não “assegura a recuperação ou manutenção da saúde, pois além da dificuldade ou impossibilidade da compra dos medicamentos necessários, essas pessoas continuam expostas às condições que ocasionaram a sua doença” (CARVALHO, 1984, p. 150).

Em relação a faixa etária atual pode-se observar no Gráfico 4 seis mulheres

tem idades entre 56 a 65 anos e 03 (três) entrevistadas compreendem a faixa etária entre 35 a 39 anos.

Eu tive o diagnóstico de câncer de mama em 2015, eu tinha 33 anos, muito nova. (Neusa), interferiu em tudo, no meu casamento, em tudo, não gosto nem de olhar no espelho aí o médico falou que eu tenho que emagrecer 5 kgs para fazer a reconstrução (Neusa).

Eu tinha 37 anos quando descobri o câncer, eu já morava em Goiânia, nunca imaginei ter essa doença (Fátima).

Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) apontam para um acréscimo de 2,6% na porcentagem de aparecimento do câncer de mama em mulheres com menos de 40 anos entre 2010-2015. O diagnóstico de câncer de mama principalmente em mulheres jovens traz grandes desafios, pois essas geralmente encontram-se na sua fase reprodutiva, constituindo família e iniciando sua carreira profissional. Ressalta-se que o câncer pode atingir pessoas de qualquer classe social e faixa etária, nesse sentido, a execução de propostas de liberativas relacionadas ao diagnóstico, prognóstico e tratamento do câncer envolve o engajamento do Estado e da sociedade civil.

Quadro 4 - Faixa etária das mulheres entrevistadas.

Entrevistada	Idade	Idade no momento no diagnóstico câncer de mama
Olga	63 anos	53 anos
Francisca	65 anos	63 anos
Fátima	39 anos	37 anos
Joana	61 anos	56 anos
Antônia	54 anos	48 anos
Clarice	35 anos	33 anos
Estela	56 anos	51 anos
Jacira	64 anos	60 anos
Neusa	35 anos	33 anos

Fonte: dados coletados no período de setembro/outubro de 2017.

Nesse sentido, verifica-se que entre as entrevistadas prevalece a faixa etária acima dos 50 anos de idade, em idade produtiva, porém sem condições de exercer

suas atividades laborativas em detrimento das condições de saúde.

Outro item analisado foi quanto ao estado civil das mulheres entrevistadas de acordo com a pesquisa, das beneficiárias entrevistadas, 3 (três) declararam-se solteiras, 03 (três) casadas, 02 (duas) união estável e apenas 01 (uma) divorciada de conforme ilustra Quadro 5.

Quadro 5 - Estado civil das pesquisadas.

Entrevistada	Estado Civil
Olga	União estável
Francisca	Divorciada
Fátima	Casada
Joana	União estável
Antônia	Separada
Clarice	Solteira
Estela	Solteira
Jacira	Casada
Neusa	Solteira

Fonte: dados coletados no período de setembro/outubro de 2017

Sobre o arranjo familiar foi de suma importância uma vez que a composição familiar da requerente é avaliada no processo de reconhecimento de direito ao BPC em relação à renda e condição de prover ou não o seu sustento. De acordo com Silva e Torres (2011), as famílias chefiadas por mulheres atualmente apresentam novas configurações,

Mulheres solteiras, separadas ou viúvas com filhos e tendo ou não parentes e/ou agregados em casa; mulheres solteiras, separadas ou viúvas, sem filhos com presença ou não de parentes e/ou agregados; mulheres solteiras, separadas ou viúvas morando sozinhas; e, ainda, mulheres casadas chefiando a família mesmo tendo um marido ou companheiro em casa, com ou sem filhos (IPEA, *apud* SILVA; TORRES 2011 p. 42).

Nas entrevistas realizadas, em 08 residências, são elas as responsáveis pelo sustento da casa. De acordo com Pacheco (20057), a chefia domiciliar/familiar feminina, pode ser classificada em três categorias básicas, sendo elas: as que são constituídas pelas ausências dos cônjuges; aquelas em que a mulher é a responsável pela manutenção do lar, porém há a presença do marido e; aquelas em

que se definem pela manutenção junto com a ausência masculina do cônjuge. No que tange à chefia familiar, quando uma família é constituída por um núcleo básico (marido, esposa, filhos) ou uma extensão dele (marido, esposa, filhos e outros parentes), é comum as pessoas da família elegerem o homem como chefe da família. Nas falas abaixo demonstra-se dois tipos de família

Na verdade nós não é casado no papel, mais tem 15 anos que nós mora junto, então é união estável né? (Neusa)

Eu sou divorciada, faz é muitos anos, agora eu arrumei foi um namorado. (Francisca).

Nesse contexto, a sociedade vem a cada dia se adaptando às realidades vivenciadas pelas pessoas e, com isso, o conceito de família passou a ser visto de maneira plural, respeitando suas especificidades, costumes, saindo do contexto “tradicional”

Em relação ao número de filhos, todas são mães conforme tabela a seguir:

Quadro 6 - Número de filhos das entrevistadas.

Entrevistada	Nº filhos que moram com a família	Nº total de filhos
Olga	01	02
Francisca	-	04
Fátima	03	03
Joana	-	02
Antônia	01	03
Clarice	01	01
Estela	02	02
Jacira	-	13
Neusa	01	01

Fonte: dados coletados no período de setembro/outubro de 2017.

Em sua maioria as mulheres possuem poucos filhos, apenas 03 entrevistadas possuem filhos menores de idade, estando todos estudando. Um fato que chamou atenção foi que mesmo diante das dificuldades financeiras duas entrevistadas relataram o uso parcial dos rendimentos do benefício para “investir na educação dos filhos”.

Ou seja, algumas famílias conseguem planejar a vida para além do alimento, almejam futuro melhor através do investimento na educação dos filhos demonstrando que a experiência de vida delas, pobreza pode ser rompida através de melhores condições mediante oportunidades de trabalho alcançadas através da educação.

Quanto ao nível de escolaridade das entrevistadas observou-se os seguintes resultados: das nove entrevistadas, uma declarou ser alfabetizada, sabe ler e escrever, porém, nunca frequentou escola. Já outras duas possuem ensino fundamental incompleto, três entrevistadas cursaram ensino fundamental completo e apenas duas pesquisadas concluíram o ensino médio (antigo 2º grau), conforme dados Quadro 7:

Quadro 7 - Grau de escolarização das beneficiárias do BPC.

Entrevistada	Escolaridade	Vontade de retornar
Olga	Ensino Fundamental Completo	Não
Francisca	Ensino Médio Completo	Sim
Fátima	Ensino Fundamental Completo	Não
Joana	Ensino Fundamental Completo	Sim
Antônia	Ensino Fundamental Incompleto	Sim
Clarice	Ensino Médio Completo	Sim
Estela	Ensino Fundamental Incompleto	Não
Jacira	Alfabetizada	Sim
Neusa	Ensino Médio Incompleto	Não

Fonte: dados coletados no período de setembro/outubro de 2017.

Diante do exposto, constata-se que as realidades das usuárias entrevistadas são agravadas devido a baixa escolaridade, o trabalho na infância e adolescência é expressivo e faz parte da trajetória de muitas delas conforme falas abaixo:

*Eu nunca estudei porque eu fui doada e pra quem eu fui doada não deixava a gente estudar ai tinha que trabalhar na casa, na roça era capinano, plantano arroz, feijão eu nessa época devia ter uns 11 anos mais ou menos. Mais comecei serviço na idade de uns 6 anos eu já comecei.
(Jacira)*

Estudei até sétima série, desde que dei conta eu trabalhei na roça “nois” morava era na roça, quando meu pai morreu eu tinha 6 anos “nois” trabalhou para sobreviver (Francisca).

Conforme os dados apresentados constata-se que a escolaridade é um dos indicadores que se relaciona à condição de pobreza exerce papel fundamental na determinação da renda proveniente do trabalho, exercendo o diferencial de salários e profissões como pode-se observar nos dados abaixo:

Se indivíduo completasse o ensino fundamental seu rendimento médio poderia ser 2,5 vezes maior do que o rendimento médio se ele fosse analfabeto. Para um indivíduo que concluiu o ensino médio, o rendimento médio obtido no trabalho pode chegar a R\$ 682,7. Caso esse indivíduo concluísse o ensino superior, seu rendimento médio seria, em média, 3 vezes maior do que se ele tivesse ensino médio completo, 4,5 vezes se ele tivesse o ensino fundamental completo e 11,6 vezes se ele fosse analfabeto (IPECE, 2007, p. 15).

Nesse contexto, Osterne enfatiza que a pobreza é avaliada pelos indicadores de renda e emprego, como também a viabilização do acesso às necessidades sociais básicas para a qualidade de vida, como saúde, educação, habitação, segurança, transporte, previdência social, dentre outros. A autora afirma que “pobreza é um problema societário e que toda e qualquer definição a seu respeito estará sempre fazendo referência explícita ou implícita, a algo acerca da sociedade” (2001, p. 101).

De acordo com esses dados, o baixo nível de escolaridade é extremamente deficitário e tem sido um dos entraves na vida dessas mulheres pois é um fator determinante na inserção, readaptação ao mercado de trabalho.

[...] coloca-se a importância da educação para os direitos humanos, porque representam, em primeiro lugar, conquista política, não do mercado ou da técnica. Somente populações que sabem pensar se colocam a questão do direito. As que não sabem pensar, copiam os direitos e os realizam como objeto, deturpando nisto mesmo a própria noção de direito. O discurso sobre direitos humanos também pode ser farsante, como toda linguagem plantada no espaço do poder, mas é inegável que representa via fundamental de comprovação de uma sociedade como sujeito capaz de história própria e justa (DEMO, 1999, p.37).

Nesse sentido depreende-se:

A escolaridade revela um número mais estável ao longo da vida do ser humano por sofrer poucas interferências em função de mudanças conjunturais vivenciadas pelas populações e grupos ou eventuais consequências advindas do próprio processo de adoecimento (FONSECA *et.al*, 2003. p. 679).

No que se refere à renda oito mulheres relataram que a renda fixa mensal é oriunda do BPC, afirmaram sobreviver deste Benefício de Prestação Continuada, essas famílias têm uma renda média de um salário mínimo. Enquanto apenas uma relatou renda mensal e fixa de dois salários mínimos, no qual o companheiro trabalha formalmente. Nas demais famílias essa renda familiar complementar ao BPC é composta por rendimentos oriundos de trabalho informal dos companheiros, sendo inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo, sendo a renda per capita muito baixa conforme será demonstrado no quadro 8.

Quadro 8 - Renda familiar aproximada das mulheres entrevistadas. Referente ao salário mínimo brasileiro em vigor no ano de 2017.

Entrevistada	Renda familiar	Número de Pessoas que residem na casa	*Renda per capita
Olga	R\$ 937,00	03	R\$ 312,23
Francisca	R\$ 937,00	01	R\$ 937,00
Fátima	R\$ 1.137	05	R\$ 227,40
Joana	R\$ 937,00	02	R\$ 468,50
Antônia	R\$ 937,00	02	R\$ 468,50
Clarice	R\$ 937,00	03	R\$ 312,23
Estela	R\$ 937,00	03	R\$ 312,33
Jacira	R\$ 937,00	03	R\$ 312,33
Neusa	R\$ 1.874	03	R\$ 624,66

Fonte: dados coletados no período de setembro/outubro de 2017.

*A renda *per capita* foi calculada entre os membros da família que moram juntos.

A partir dessas evidências depreende-se que o Benefício de Prestação Continuada é um dos programas de transferência de renda, com importância monetária e simbólica, que permite satisfazer minimamente as necessidades imediatas de todo grupo familiar como: alimentação, moradia, compra de medicamentos despesas de aluguel.

Nesse sentido, o BPC caracteriza como um porto seguro, mesmo que minimamente, “o pouco significa muito” para esta usuária é o benefício o responsável por suprir as necessidades básicas da usuária e do grupo familiar.

Segundo Boschetti (2008, p. 9),

A obrigação de trabalhar e a contribuição direta asseguram o direito aos benefícios previdenciários, ao passo que a necessidade e a incapacidade de trabalhar asseguram o direito aos benefícios assistenciais. Essa configuração vincula as prestações caracterizadas como substitutivas de renda ao exercício do trabalho ou a uma contribuição por intermédio da previdência e atribui à assistência social o papel complementar de proteção limitada às pessoas pobres e incapazes de trabalhar.

Essa mesma reitera que:

O BPC foi uma das soluções para minorar os efeitos do não acesso aos direitos da Seguridade Social no Brasil, principalmente porque não alcançamos o patamar europeu de sociedade salarial, sendo, portanto, uma estratégia de compensação de ausência de rendimentos do trabalho (BOSCHETTI, 2008, p. 268).

Durante as entrevistas constatou-se que todas as nove mulheres desenvolviam atividade laboral remunerada quando receberam o diagnóstico de câncer de mama o que acarretou o afastamento do trabalho, porém todas elas trabalhavam na informalidade²³, não eram filiadas ao Regime Geral da Previdência Social (RGPS) no momento que diagnosticaram a doença, recorrendo assim, ao BPC.

Dentre as entrevistadas, as principais atividades de trabalho desenvolvidas pelas mulheres entrevistadas no momento do diagnóstico de câncer de mama foram: três atendentes (pet shop, padaria e cantina de escola), duas diaristas, uma gari, uma costureira, uma cabeleireira, e uma vendedora, conforme Quadro 9.

²³ A informalidade pode se referir tanto a certas atividades e formas de produção quanto a relações de trabalho consideradas ilegais [...] uma vez que o trabalhador sem carteira assinada pode estar presente tanto em empresas e atividades não registradas quanto em empresas capitalistas formalmente constituídas de acordo com as regras jurídicas vigentes. (DRUCK; FIGUEIRA; AMARAL, 2004).

Quadro 9 - Mercado de trabalho no momento do diagnóstico e situação atual.

Ocupação	Tempo que trabalhou	Situação atual de trabalho
Olga	Venderora	Desempregada
Francisca	Costureira	Desempregada
Fátima	Atendente de pet shop	Desempregada
Joana	Diarista	Desempregada
Antônia	Cabeleireira	Desempregada
Clarice	Atendente de cantina	Desempregada
Estela	Diarista	Desempregada
Jacira	Gari	Desempregada
Neusa	Atendente de padaria	Desempregada

Fonte: dados coletados no período de setembro/outubro de 2017

Por esses dados verifica-se que informalidade do mercado de trabalho se traduz em elevado contingente de trabalhadoras sem acesso aos mecanismos de proteção social que estão relacionados à formalização, deixando-as, portanto, mais vulneráveis a situações adversas. Da mesma forma, inibe o acesso dos mesmos a direitos básicos como a remuneração pelo salário mínimo, além de dificultar o acesso à aposentadoria.

Eu trabalhava na casa dos outro mais não era carteira assinada não era diarista, lavava passava arrumava vixe mais eu já trabalhei morei mais de quarenta ano na roça mais eu trabalhei desde pequena com oito anos o pai já levava agente para trabalhar na roça trabalhei demais mais não era fichada eu era besta eu criei meus fio aqui em Goiânia e eu lá na Bahia eu aqui trabalhava em casa de família de muitas pessoas mais eu não assinava carteira não (Joana)

Eu só trabalhei de carteira assinada quando eu morei na Vila Redenção mais já tem muito tempo o resto mesmo era mais autônoma porque se eu trabalhasse de carteira assinada os menino morria de fome porque sem assinar eu ganhava mais né. (Antônia)

Essa informação é reveladora quanto à negligência das relações de trabalho estabelecidas entre patrão e empregado, representando a condição de subalternidade e exploração em que são submetidas.

Nesse contexto Pereira enfatiza (2006, p.6):

Devido à inserção ainda subalterna da força de trabalho feminina no mercado de trabalho, ou mesmo à dedicação integral de certas mulheres ao lar, a maioria delas, quando idosas, enfrenta situações de empobrecimento, especialmente se depender dos esquemas focalizados de proteção públicos.

Em contrapartida todas 9 (nove) entrevistadas estavam desempregadas, fora do mercado de trabalho no momento da entrevista, em decorrência do tratamento do câncer, conseqüentemente há uma mudança no modo de vida destas usuárias que antes mantinham ou contribuía com o sustento da casa e diante da doença vendo-se impossibilitadas de exercer seu trabalho.

A partir das evidências acima Gomes (2008, p.77) afirma que:

[...] diz respeito, também, [...] a população que está excluída do mercado formal de trabalho e, portanto, não tiveram acesso aos direitos previdenciários, que procuram uma forma de sobreviver por meio de um benefício que contribui para a redução da pobreza absoluta no Brasil.

De acordo com Lira (2008), mesmo os trabalhadores em condições melhores sofreram com as conseqüências da flexibilização na forma de contratação do trabalho, e assim, os perfis mais desfavoráveis a atender as exigências do mercado, enfrentarão ainda maiores restrições.

Ao serem perguntadas sobre o desejo de retornar ao mercado de trabalho as 9 (nove) usuárias responderam que gostariam de retornar ao trabalho, porém, foram unânimes em dizer que apresentam saúde comprometida, adoecimento frequente em função do câncer de mama anteriormente, havendo ainda impedimentos de movimentos bruscos de longo prazo nos braços em decorrência de sequelas da mastectomia, em alguns casos desenvolvem linfedema²⁴ principal sequela da mastectomia, em conseqüência do esvaziamento axilar o que altera sua capacidade funcional, associado ainda baixa escolaridade, profissionalização o que dificulta ainda mais a reinserção ao mundo do trabalho.

Na época do diagnóstico eu tava trabalhando numa cantina de escola vendia lanche eu comecei como diarista eu tinha mais ou menos 23 anos. Eu tentei voltar depois para a cantina mais eu não dei conta (Clarice)

Eu tinha uma vontade de melhorar pra ver se eu dava conta de trabalhar numa confecção nem que fosse para tirar linha de roupa duzentos

²⁴ O linfedema é a principal complicação decorrente do tratamento cirúrgico para o câncer de mama, acarretando importantes alterações físicas, psicológicas e sociais, que comprometem a qualidade de vida das mulheres. Pode ser definido como todo e qualquer acúmulo de líquido, altamente protéico, nos espaços intersticiais, seja ele devido à falhas de transporte, por alterações da carga linfática, por deficiência de transporte ou por falha da proteólise extralinfática (MAYALL, 2000).

trezentos reais que entrasse no mês no meu salário já ajudava comprar meus remédios e tem algum remédio (Olga).

Segundo Neri (2003) a categoria Pessoas com Percepção de Incapacidade (PPI) é uma categoria que se refere às pessoas com deficiências graves, sobretudo, aquelas que não participam dos espaços sociais da vida cotidiana devido às restrições de movimentos e habilidades. Essa categoria é para se diferir da categoria pessoas com deficiência, que é utilizada para se referir ao corpo com lesão leve que, ao participar dos espaços sociais, entra em contato com um ambiente que não prevê e não está adequado à diversidade corporal.

Nesse sentido, a doença interfere no modo de vida dessas mulheres alterando sua capacidade de trabalho, não só durante o tratamento sistemático, afetando a auto estima, principalmente para a mulher que ainda aguarda cirurgia de reconstrução mamária e faz uso de expansor de pele há uma frequência das consultas médicas e uma expectativa de fazer a cirurgia de reconstrução mamária a qualquer momento, surgindo conflitos entre o futuro empregador e empregado que muitas vezes se recusa a entender a falta ao trabalho, gerando desgastes entre a paciente e o empregador, para aquela que já tentou retornar ao trabalho como na fala abaixo:

Eu queria voltar mais o que me empata é a outra cirurgia que eu to com expansor né mesmo que eu não fizesse força no serviço então não vai adiantar eu entrar porque depois tem que parar era pra mim fazer a cirurgia era pra ter feito em junho não fiz agora dia 04 é para voltar com todos exames para fazer em outubro porque na época eles falaram que tava faltando a prótese, que tava faltando material agora eu não sei como vai tá também. Mais se não der certo agora também não quero fazer mais. Eu quero tirar esse trem que me incomoda igual hoje como eu forcei tirei poeira de manhã inchou, olha meu braço (Clarice).

Cohn (2002) enfatiza a existência da condição de saúde depende da concomitância de um conjunto de fatores explicitados basicamente pela noção de equidade no acesso a serviços e benefícios de infraestrutura associado à possibilidade de garantia das condições salariais e empregatícias justas. O que na condição de trabalhadoras informais, são desprovidas de qualquer direito previdenciário, sujeitando-se a trabalhos precarizados e remuneração inferior ao salário mínimo.

As políticas de saúde no país, na medida em que restringem o seu objeto à necessidade do atendimento médico, não consideram as condições de vida

dos usuários e a carência maior em que sobrevivem – nutricional, habitacional e educacional e se limitam a prover recursos de assistência médica. A saúde para o brasileiro, enquanto manifestação da qualidade de vida e tradução das necessidades concretas de atenção médica acaba assim por circunscrever-se ao momento da necessidade, da doença e da possibilidade de sobrevivência. A grande maioria da população procura ter acesso aos serviços no contexto para manter a saúde, não questionando a reprodução da dinâmica de práticas clientelísticas e paternalistas. A saúde, portanto, dificilmente é percebida como uma questão de cidadania, e a concepção que dela predomina não se baseia no âmbito coletivo. Daí a procura de serviços de saúde manifestar-se principalmente nas situações onde existem riscos concretos e verificáveis e, portanto, em situações onde predomina a perspectiva curativa (COHN *et. al.*, 1999, p. 92).

Conforme já discutido os resultados referentes à ocupação das que declaram ter esposos/companheiros constatou-se que não foi encontrado trabalho formal entre os companheiros das entrevistadas três encontraram-se fazendo “bicos”, dois estão desempregados, segundo elas, os companheiros vivem basicamente para os cuidados com a esposa/companheira e realizam esporadicamente biscates para complementar a renda familiar, não tendo ocupação definida.

Ressalta-se ainda que quatro beneficiárias são provedoras das suas próprias famílias ou moram sozinhas, portanto, não dispõem de marido/companheiro e apenas uma declarou que marido está trabalhando como motorista contribuindo desta forma com o sustento da família.

Constatou-se, portanto que a renda do companheiro advém do trabalho informal e precário.

Quadro 10 - Ocupação maridos/ companheiros das entrevistadas.

Companheiros/maridos	Ocupação	Situação Atual de trabalho
Olga	Vendedor ambulante	subemprego/trabalho informal
Francisca	-	-
Fátima	Borracheiro de bicicletas	subemprego/trabalho informal
Joana	Eletricista	Desempregado
Antônia	-	-
Clarice	-	-
Estela	-	-
Jacira	Auxiliar de almoxarifado	Desempregado
Neusa	Entregador	Subemprego/trabalhador informal

Fonte: dados coletados no período de setembro/outubro de 2017.

Diante do exposto, nota-se que entre as principais situações encontradas envolvendo os integrantes do núcleo familiar das beneficiárias do BPC, tem-se um número considerável de subempregos e desempregados, destaca-se que todos eles estão em idade produtiva de trabalho. Conforme relatos das entrevistadas.

Além do que eu recebo meu marido recebe é pouquinho ele trabalha aqui na borracharia ganhando R\$ 200, R\$300 mesmo só o BPC (Fátima).

Ninguém aqui na casa tá trabalhando, ele aí (marido) desde quando ele machucou no hospital ele nunca mais trabalhou em lugar nenhum ele trabalhava lá na recepção ele também tá com problema grave de saúde (Jacira).

Contudo, depreende-se que o trabalho informal infere na proteção social, empobrecendo o trabalhador e, sobretudo, aumenta como diz Boschetti (2014), o exército de reserva:

[...] a restrição ao trabalho impede, assim, a universalização da seguridade social e provoca o aumento de um 'exército de reserva' (desempregados ou subempregados), que recorre aos rendimentos derivados dos programas assistenciais como única alternativa de sobrevivência. (BOSCHETTI, 2014, p. 14).

Diante da situação acima, observa-se que as beneficiárias do BPC e seus maridos/ companheiros têm uma vida pautada na luta pela sobrevivência ligada à atividade informal, mas que não possibilitam nenhuma segurança e direitos previdenciários, caso seja necessário requerer junto a Previdência Social. Sobrevivem em extrema pobreza. Ou seja, essas mulheres já viviam em condição de vulnerabilidade social, mesmo quando trabalhavam na informalidade, tinham suas rendas mensais inferiores a um salário mínimo, a insuficiência de renda já fazia parte do cotidiano destas mulheres, em que elas não tinham e continuam não tendo acesso a bens e serviços, intensificando a desigualdade de oportunidades e a impossibilidade de inclusão econômica e social delas na sociedade.

Abramovay *apud* Guareschi (2007, p.28) define situações de vulnerabilidade social:

[...] aquelas nas quais determinados grupos, famílias e indivíduos encontram-se incapacitados para lidar com as circunstâncias do cotidiano da vida em sociedade e de se movimentarem na estrutura social. Essas situações não se restringem aos determinantes econômicos, pois perpassam também as organizações simbólicas de raça, orientação sexual, gênero, etnia.

Nesse sentido, essas famílias estão em condições desfavoráveis, situações de vulnerabilidade associada às condições de saúde e pobreza, há um entrave estabelecido entre a dependência familiar como critério para acesso ao benefício, embora este mantenha seu caráter pessoal e intransferível. O benefício tem caráter restritivo no que diz respeito tanto ao critério de renda *per capita* da família para a elegibilidade, quanto o valor do benefício de um salário mínimo, explicam a persistência da situação de vulnerabilidade social das pessoas beneficiadas pelo BPC.

Na percepção de Amartya Sen (2001), a eficácia no combate à pobreza e à desigualdade socioeconômica depende da compreensão da pobreza não somente como baixo nível de renda, mas como privação de capacidades básicas. Ou seja, a privação de renda se configura em situação de desvantagem social em sentido absoluto, mas determinadas desvantagens como a idade, doenças ou certas deficiências reduzem o potencial de um indivíduo transformar renda em capacidades para alcançar uma vida que ela considera com valor.

Entretanto a autora enfatiza que as políticas públicas são mecanismos para responder às demandas sociais, amparados em princípios éticos e de justiça social, e têm, nesse sentido, função fundamental para beneficiar os indivíduos que têm o potencial reduzido para transformar suas capacidades em funcionalidades.

Ainda de acordo com a pesquisa, as nove mulheres relataram que mesmo recebendo o BPC passam por dificuldades financeiras uma vez que as despesas das casas são pagas com o BPC. De acordo Lei n. 8.742, de 1993 do art. 2º parágrafo único o benefício de prestação continuada estabelece-se como um direito social constitucionalmente garantido e reconhecido que assegura a política assistencial de enfrentamento da pobreza, à garantia da proteção social, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais, porém não vem de fato sendo supridas devido ao entrave estabelecido de manter todo núcleo familiar.

Diante do exposto constata-se que o benefício consiste, principalmente, em atender as necessidades mínimas de sobrevivência de toda família, nesse sentido o benefício é importante como mecanismo de proteção social de todo grupo familiar. De acordo com Martins (1991) pobreza é uma categoria multidimensional, e, portanto, não se expressa apenas pela carência de bens materiais, mas é categoria política que se traduz pela carência de direitos, de oportunidades, de informações, de possibilidades e de esperanças.

Dentro deste contexto, o significado deste benefício para a população atendida, revela o profundo nível de pobreza em que vive grande parte da população brasileira. Segundo, o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2004, p.14), "A pobreza não é um fenômeno setorial e isolado, e o seu enfrentamento só será possível a partir da associação de programas de transferência de renda com ações articuladas que garantam o acesso aos serviços públicos básicos". Para melhor eficiência dos programas de transferência de renda e enfrentamento da pobreza, o ideal é que se fortaleçam as redes socioassistenciais, bem como as políticas públicas existentes.

De acordo com Martins (1991) pobreza é uma categoria multidimensional, e, portanto, não se expressa apenas pela carência de bens materiais, mas é categoria política que se traduz pela carência de direitos, de oportunidades, de informações, de possibilidades e de esperanças.

Neste sentido é importante considerar que as necessidades das beneficiárias não se esgotam no direito a renda de sobrevivência, pois a transferência de renda cumpre um objetivo, mas não alcança sua completa efetividade se não estiverem organicamente vinculadas às demais ações das políticas sociais. O benefício pode vir a ser uma espécie de armadilha ao manter o beneficiário na situação de exclusão, quando não há articulação entre os demais serviços, programas e projetos. Portanto, sem a devida articulação o BPC não ganha substancialidade, visibilidade e sequer atende as necessidades mínimas de vida (BRASIL, 2007, p. 24-25).

O resultado da pesquisa revela que das nove mulheres entrevistadas, sete possuem conhecimento que o BPC é um direito legitimado constitucionalmente, apenas duas não souberam informar. Desvinculando-o da concepção de ajuda, de auxílio muitas vezes propagado pelos próprios agentes que viabilizam o acesso ao direito. Evidencia-se que o benefício é visto como um direito o que representa um avanço no campo da Assistência Social, uma vez que reconhecem não ser uma "ajuda do governo", que para ter direito a aposentadoria é necessário contribuir com o INSS.

Nesse sentido o entendimento delas sobre o assunto é:

Eu sei a diferença do BPC é um direito, diferente da aposentadoria porque aposentadoria você tem décimo terceiro você pode tirar empréstimo se eu tivesse aposentada eu tirava um empréstimo e comprava uma casa eu moro de aluguel meu sonho é ter minha casa. (Joana).

Não sei não, ninguém nunca falou. Na época eles colocou 10 anos para ter a data certa para aposentar porque vai dar certinho porque eu vou ta com 65 anos para aposentar. (Estela)

Cabe assinalar que o reconhecimento do BPC enquanto direito constitucional,

ainda se constitui como um impasse para a concretização do benefício assistencial como direito básico de cidadania, o benefício sozinho não oferece condições para a beneficiário poder adquirir sua autonomia e assim poder adquirir condições para deixá-lo em face da restrição dos direitos sociais, porém o respectivo programa não assegura a satisfação de todas as necessidades básicas, não alterando o quadro de pobreza das mulheres entrevistadas.

Quadro 11 - BPC perspectiva de ajuda ou direito.

Entrevistada	BPC Ajuda ou Direito	Como ficou sabendo
Olga	Direito	Através da Assistente Social
Francisca	Direito	Através da Assistente Social
Fátima	Direito	Através da Assistente Social
Joana	Direito	Através do médico
Antônia	Não soube informar	Através da Assistente Social
Clarice	Direito	Através da Assistente Social
Estela	Não soube informar	Não soube informar
Jacira	Não soube informar	Através da Assistente Social
Neusa	Direito	Através do médico

Fonte: dados coletados no período de setembro/outubro de 2017.

Em relação à forma que as beneficiárias souberam que tinham direito ao benefício, nota-se que duas tomaram conhecimento que tinham direito ao BPC no momento da consulta através do médico, já as outras sete responderam que ficaram sabendo do benefício por meio de orientação da Assistente Social do Programa de Mastologia, apenas uma entrevistada não recorda como ficou sabendo do BPC.

Conforme relatos,

Você (Assistente Social) que me falou aquela época do benefício que eu cheguei que eu falei que não ia continuar que eu ia abandonar o tratamento aí você falou não desiste, se não fosse você eu não tinha conseguido, aí você conseguiu lá na Defensoria Pública marcou lá pra mim o INSS negou 3 vezes aí a juíza bateu o martelo e falou ela precisa sim aí agora que recebi dia 01 dessa semana que saiu o retroativo. Mais demorou mais de um ano, foi um ano e cinco meses foi muito tempo aí o governo resolveu a pagar mais ele não queria pagar. (Francisca).

Eu fiquei sabendo do BPC foi lá no hospital foi você que me falou para dar entrada no LOAS para tentar o LOAS” (Clarice).

Conforme os dados ressaltam a importância da intervenção da Assistente Social junto aos usuários na consolidação a direitos sociais, viabilizando o acesso dos usuários aos serviços de assistência social, saúde a fim de garantir tratamento necessário, na perspectiva da saúde como direito de cidadania.

Iamamoto (2006) enfatiza que os assistentes sociais contribuem para a socialização das informações que subsidiam a formulação/gestão de políticas e o acesso a direitos sociais; viabilizam o uso de recursos legais em prol dos interesses da sociedade civil organizada; interferem na gestão e avaliação daquelas políticas, ampliando o acesso a informações a indivíduos sociais, para que possam lutar e interferir na alteração dos rumos da vida em sociedade.

Em relação ao tempo que recebem o BPC pode-se verificar que três entrevistadas responderam que há dois anos começaram a recebê-lo, já outras duas mulheres recebem há cinco anos, uma recebe há sete anos, já outra mulher recebe há dez anos, apenas uma informou receber há apenas há um ano devido via judicial ter sido demorado.

Eu dei entrada no BPC parece que foi em agosto de 2010 e já no outro mês acho que setembro eu já comecei a receber, nunca me chamaram diz que tem que esperar chamar e se chamar que eu vou né? O advogado disse que eu tenho é que ficar quietinha mais do jeito que o Temer ta agora minha filha porque se eu for lá aparentemente você olha pra mim eu tô boa mais só que minhas mãos é “drummente” as perna tem dia que eu não posso nem andar as perna por causa da “drumencia” (Joana).

Quadro 12 - Referente ao tempo que recebe BPC - dificuldades encontradas e/ou necessidade de judicialização.

Entrevistada	Tempo Que Recebe BPC	Dificuldades Encontradas	Acesso ao BPC via Judicialização
Olga	10 anos	Não	Não
Francisca	01 ano	Sim	Sim
Fátima	02 anos	Não	Não
Joana	07 anos	Não	Não
Antônia	05 anos	Não	Não
Clarice	02 anos	Sim	Sim
Estela	05 anos	Não	Não
Jacira	04 anos	Não	Não
Neusa	02 anos	Não	Não

Fonte: dados coletados no período de setembro/outubro de 2017.

No que concerne às dificuldades de acesso ao Benefício de Prestação Continuada em função da falta de conhecimento, informação e esclarecimento da usuária sobre os seus direitos constatou-se que do ponto de vista da trajetória histórica do BPC, cabe destacar que, inicialmente o BPC esteve completamente vinculado à previdência social, tanto no que se refere a sua implementação quanto à sua gestão, sendo assim, desvinculado da assistência social. Tal fato reflete, ainda hoje, pois muitas usuárias, população em geral confundem o Benefício com aposentadoria, o que gera agendamento errado ao auxílio doença, aposentadoria por invalidez conforme falas a seguir:

Eu passei dificuldade demais da conta depois que tive o diagnóstico eu comia farinha com água porque eu não tinha o que comer, foi quando eu não consegui o benefício eu vendi tudo eu tinha as máquina de costura era só 4 máquina acabou o dinheiro das máquina que você vende assim não dura a vida inteira tem que pagar água pagar energia ai acabou eu fui comer farinha com água quantas vez uma senhorinha que mora aqui na avenida vinha aqui falava o que você ta triste eu falava não é nada não ela ia lá na casa dela e trazia as coisa para eu comer porque ela sabia que eu não tinha e eu fazendo quimioterapia e ainda passando fome ai eu não sei o que seria de mim não aí eu ia ter que voltar trabalhar sem poder, eu só mexo com costura mesmo. (Francisca)

Nossa eu tive muita dificuldade desde quando eu iniciei o tratamento eu tava tentando e não conseguia porque foi assim a primeira vez que eu dei entrada no BPC eu tava desesperada o que aconteceu quando meu sobrinho que ligou no INSS o rapaz falou que como eu já tinha contribuído eu tinha que continuar contribuindo aí eu voltei a contribuir só que não podia ai eles falou que eu contribui depois que eu descobri. (Clarice)

Estas dificuldades também foram enfrentadas para concessão do BPC, devido dificuldade de comunicação, a pessoa com câncer tem assegurado pela legislação vigente, sobretudo no que se refere à saúde, assistência social e jurídica gratuita, porém na efetivação destes direitos há ainda muitos entraves conforme relatado pela entrevistada acima, o que muitas vezes só é assegurado via judicialização, tendo este direito assegurado após orientação da Assistente Social do Programa e encaminhamento junto a Defensoria Pública da União²⁵.

De acordo com Silva (2012) a atuação da Justiça em casos individuais e ações coletivas trouxeram no decorrer dos anos de existência do BPC importantes ganhos para concretização deste benefício como direito social, enquanto única instância capaz de transpor barreiras legais e rever equívocos administrativos. Uma

²⁵ Portanto, pode-se verificar que, nesse relato, a Assistente Social, ao decodificar as normas e exigências legais, fornece elementos e informações para que a usuária possa requerer o benefício previdenciário ou assistencial a que tem direito.

vez que o acesso à concessão do benefício continua sendo um desafio perante os critérios de elegibilidade mediante o enquadramento critério de renda per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo.

Deste modo, o acesso ao BPC torna-se uma alternativa para minorar o sofrimento dessas mulheres, viabilizando melhoria das condições de vida. Neste sentido, a assistência social enquanto política social, ainda que seletiva e fragmentada, torna-se o viés necessário ao acesso de direitos da população excluída das demais políticas públicas como saúde, previdência, habitação, entre outras.

No que se refere a momentos de lazer, de acordo com as mulheres pesquisadas consideram a participação de atividades comunitárias, grupo de idosos, e os passeios organizados pela Associação dos Portadores de Câncer de Mama (APCAM), conforme demonstrado no Quadro 13.

Quadro 13 - Realiza atividades de lazer.

Entrevistada	Lazer
Olga	Não tem momentos de lazer
Francisca	Passeios APCAM e CRAS Vera Cruz II
Fátima	Passeios APCAM
Joana	Passeios da APCAM e Associação de Idosos
Antônia	Apenas Igreja
Clarice	Passeios APCAM e visita casa de parentes
Estela	Não possui
Jacira	Passeios APCAM e Creche
Neusa	Não possui

Fonte: dados coletados no período de setembro/outubro de 2017.

Pensar a saúde hoje passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho, mas também do lazer, ou da sua ausência, por exemplo, do afeto, da sexualidade, das relações com o meio ambiente. Uma concepção ampliada de saúde passaria então por pensar a recriação da vida sobre novas bases (VAITSMAN, 1992, p.171).

Nesse sentido, observa-se que apesar dos direitos fundamentais estarem proclamados na Constituição Federal de 1988 em seus artigos 5º e 6º, garantindo um sistema de proteção social, com melhorias nas condições de vida da população,

o que se observa na pesquisa é a violação desses direitos. Ou seja, elas apenas satisfazem minimamente às necessidades de alimentação, gastos com saúde (remédios) e outras necessidades, como lazer, cultura são inviabilizadas por falta de dinheiro, a renda do BPC não é suficiente para promover momentos de lazer reafirmado nas falas das entrevistadas.

Lazer só saio quando eu saio com a APCAM e agora com o CRAS, não saio de casa não, eu participo do CRAS hoje inclusive tem reunião lá eles mexe com pintura brincadeira faz passeio igual lá na APCAM eles fazem com os idosos tem o grupo, tem um mês que comecei a participar achei bom a primeira vez que eu fui nós foi pro clube lá no parque das laranjeiras ficou o dia inteiro aí eu pensei a eu vou é unir com esses velho passar o tempo. (Francisca)

Eu não tenho lazer não só dentro de casa mesmo passeio é só quando tem alguma coisa da Associação e tem vez que agente nem vai porque têm os meninos aí eu fico sem jeito de ir e deixar os meninos aí não da para ir todo mundo. (Fátima)

De acordo com Teixeira (2000) o modo de vida delas melhora muito com o apoio recebido e a participação nas instituições, desta forma, o apoio social é de suma importância na redução do risco e de mortalidade associados à certas doenças, como também melhora o prognóstico e a qualidade de vida.

A pesquisa revelou que após a concessão do BPC, houve melhoria significativa nas condições de vida, de sete entrevistadas, em relação a renda, apenas duas entrevistadas relataram que não houve alteração na renda.

Quadro 14 - Melhoria das condições de vida após recebimento do BPC.

Entrevistada	Melhores Condições de Vida	Significado do BPC
Olga	Sim	Significa tudo
Francisca	Sim	Não sei o que fazer se ficar sem
Fátima	Sim	Significa tudo hoje
Joana	Sim	Melhoria na compra de remédio e frutas
Antônia	Não	Não soube responder
Clarice	Sim	Contribuição muito grande
Estela	Sim	Não sabe o que fazer se ficar sem o BPC
Jacira	Sim	Significou melhoria de vida
Neusa	Não	Consigo pagar as contas

Fonte: dados coletados no período de setembro/outubro de 2017.

Nesse sentido, elas relataram que:

O BPC é tudo na vida é dele que me dá tudo remédio né porque só da pro remédio e ainda não dá para mais nada, não sei o que seria. Eu não consigo aposentar. (Olga)

Depois do benefício a gente conseguiu por as contas mais em dia igual assim precisa comprar alguma coisa tem, se precisa comprar um remédio tem, então agora não fico mais naquela agonia de chegar o dia de pagar a conta e não saber o que vai fazê ainda tem a água que não pagou mais vou pagar. Agora a energia já chega eu vou lá e pago. (Clarice).

Esses relatos demonstram que o recurso do BPC, que deveria ser utilizado também para proporcionar uma situação de autonomia, bem como para garantir a promoção da pessoa com deficiência/ doença crônica como o câncer acaba sendo quase que, inteiramente, utilizado para manter as despesas de todo núcleo familiar.

Cabe chamar atenção para o fato de que houve melhorias nas condições de vida após o recebimento do BPC, está para além do aumento e da garantia de segurança da renda familiar. Nesse contexto, as mulheres entrevistadas relacionaram o recebimento do benefício com o aumento da sua autonomia, poder de compra, pagar suas contas.

De fato, é preocupante quando este BPC torna-se única renda família e esta usuária vem a óbito, a família fica desamparada uma vez que o BPC não é vitalício, não gera pensão aos demais membros.

Dessa forma, constatou-se a importância e o significado do BPC na vida destas beneficiárias que ultrapassa a compra de alimentos, para elas, significa segurança de renda. Entretanto, é necessário que, simultaneamente ao recebimento da renda básica, exista o acesso dos beneficiários a outras políticas públicas, tais como as de assistência, educação e saúde, pois somente, assim, acredita-se que esses poderão ter acesso, realmente, à cidadania, à independência e à autonomia.

Deve-se levar em consideração que, a continuidade do benefício enquanto provisão certa e garantida não o abstém do caráter focalista e seletivo reforçado pelo enxugamento do Estado para com as Políticas Públicas, ou seja, o diferencia mais não resolve a situação de exclusão, a qual está inserida as beneficiárias do BPC.

Nesse sentido, o acesso integrado às políticas públicas implica uma melhora da qualidade de vida assim como favorece o processo de desenvolvimento,

aumentando a sua liberdade, bem como a sua capacidade de participar da vida social, política e econômica da comunidade em que vive.

Portanto, para que de fato o BPC cumpra realmente seus objetivos relacionados à proteção social, deve estar necessariamente vinculado a um conjunto de serviços, integrado às demais políticas setoriais e que visa ao enfrentamento da pobreza, à garantia da proteção social, bem como ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais. Por conseguinte, entende-se que o acesso integrado às políticas públicas implicaria melhores condições no modo de vida destas mulheres aumentando sua capacidade de participar da vida social, política e econômica da comunidade em que vivem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou compreender as condições, modo de vida e saúde das usuárias do Programa de Mastologia do HC, que após enfrentarem o diagnóstico e o tratamento de câncer de mama recebem o BPC. Como já foi evidenciado neste trabalho, o Benefício de Prestação Continuada foi previsto na Constituição de 1988, compondo os direitos da Assistência Social enquanto política de Estado, que junto com as políticas de saúde e de previdência social, integram o sistema de seguridade social brasileiro.

Os principais resultados da pesquisa mostraram que as mulheres entrevistadas apresentam condição de pobreza agravada por problemas de saúde, baixa escolaridade, e o benefício na maioria das vezes é a única renda familiar mensal. Nesse sentido, o BPC se configura como mecanismo de segurança de renda de todo grupo familiar, proporcionando consumo de bens básicos de alimentação, compra de remédios, ou seja, é um instrumento capaz de proteger as beneficiadas e suas famílias da situação de vulnerabilidade social resultante da pobreza ou desemprego.

Porém, a continuidade do BPC como renda certa e garantida não o abstém de seu caráter focalista e seletivo, ou seja, não supera a condição de vulnerabilidade social à qual se encontra se encontra as beneficiárias. Nesse sentido, o BPC é um direito social constitucionalmente garantido e reconhecido, porém, ainda que restrito e insuficiente. O BPC é importante para as mulheres entrevistadas, uma vez que apresentam realidade socioeconômica visivelmente precária e suas capacidades funcionais relativamente comprometidas em virtude do câncer.

De acordo com a OMS, o conceito de saúde é definido como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Porém, para que se chegue a este patamar, a saúde deve ser pensada a partir de condições dignas de vida, que envolve: alimentação, trabalho, lazer, educação, transporte, moradia dentre outros. Sendo assim, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) deve estar em consonância com as demais políticas sociais.

Embora expresse uma importante conquista e se constitua em um dos benefícios cujo financiamento possua maior significância na área da Política de Assistência Social, o BPC ainda caracteriza-se como um direito restrito, de pouco

alcance no combate a exclusão social, uma vez que diante das situações de vulnerabilidade, evidenciadas nas fortes desigualdades, no desemprego, nas sequelas que a doença deixou, enfim, desamparos frente às conjunturas econômicas adversas. Neste sentido, se reflete que o BPC mesmo não atingindo todas as necessidades demandadas, é tido como um avanço, por se tratar de uma medida de transferência de renda, que respeita a liberdade de cada indivíduo no gasto referente à sua manutenção.

Ressalta-se, ainda, dentre as conquistas mencionadas pelas entrevistadas, na concepção delas houve melhorias nas condições de vida referente a renda, haja vista terem acesso a melhor alimentação, compra de remédios dentre outros aspectos. Nesse sentido, é evidente a relevância deste benefício para o sustento da família, bem como a sua relevância para a vida no que tange a ideia de mínimo é o “máximo” já que o BPC atende de forma precária as necessidades básicas de todo grupo familiar, sem levar em consideração as demais necessidades como moradia digna e lazer.

Cabe ressaltar que no próprio dispositivo estabelecido pela LOAS para concessão do BPC, existe contradição, em que a assistência social constitui-se como um direito do cidadão, dever do Estado e tem de ser prestada a quem dela necessitar, pressupondo que o direito da assistência social é sem contrapartida, transita do dever de efetividade para uma “mera ajuda”. Nesta perspectiva, só vai se consolidar enquanto direito de cidadania como possibilidade de compensar as carências de “segmentos especiais” da sociedade.

Diante das visitas domiciliares, tomando como referência o objetivo proposto inicialmente, compreendeu-se que o presente trabalho alcançou as finalidades a que se propôs, uma vez que a partir da pesquisa realizada, teve-se a possibilidade de compreender as condições e modo de vida das usuárias beneficiárias do BPC, de modo a verificar até que ponto o BPC atinge o objetivo de prover o sustento destas mulheres e além disso, possibilitar mudanças nos seus modos de vida e no cuidado com a saúde.

Teve-se a possibilidade de conhecer as precárias condições sócio-econômicas das beneficiárias e de suas famílias, e perceber a extrema importância de receberem o benefício, valor que por sua vez pode ser considerado insignificante, por sequer atingir o salário mínimo (valor de referência nacional). O referido benefício, no entanto é utilizado para o suprimento das necessidades sociais

básicas, como: alimento, medicamento, água, luz, educação para uso das próprias beneficiárias, bem como para uso das despesas de suas famílias como em alguns casos sendo a única fonte de renda familiar.

Concluí-se que se de fato, se houver articulação das políticas sociais, um maior monitoramento e avaliação das ações referentes ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), visando o enfrentamento da pobreza e do desemprego, será possível uma mudança social, possibilitando a essas mulheres, dentro de suas limitações a reinserção no mercado de trabalho, mudanças nos seus modos de vida e melhoria nos seus cuidados à saúde, o que poderá repercutir indiretamente na população que necessita de Programas de transferência no caso específico o BPC.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. B. **A trajetória de mulheres com câncer de mama: uma proposta de estudo sobre prática avaliativa de integralidade no município de Volta Redonda.** 138f. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2009.

ALVES, P. C; MINAYO, M. C. S., orgs. **Saúde e doença: um olhar antropológico** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 174 p. ISBN 85-85676-07-8. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 14 de março de 2018.

BARROCO, M. L. S. **Ética e Serviço Social: fundamentos sócio-históricos.** São Paulo. 3. ed. Editora Cortez, 2010.

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

_____.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BOBBIO, N. **Dicionário de política.** São Paulo: Imprensa Oficial, 2004.

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. O financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período 1999 a 2004: Quem paga a Conta? *In:* MOTA, et. al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** 4ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília - DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRANCO, F. **Mínimos de cidadania e Inclusão social: Contributos para análise do percurso e atualidades dos mínimos sociais em Portugal.** *In:* Aldaíza Sposati (org). **Proteção Social de Cidadania. Inclusão de Idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal.** São Paulo: Cortez, 2004. p.57 a 76.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** São Paulo: IMESP, 1988.

_____. Decreto n. 94.657, de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do Programa de desenvolvimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS) e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília, p. 11503, seção I, 21/ jul/1987.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: Bases da ação programática.** Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.** Brasil, MS, 2001.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. **Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate.** *In:* MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs.), **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional.**

_____. BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRUSCHINI, C. **O Trabalho da Mulher Brasileira nas décadas recentes**. Revista Estudos Feministas. v. 2, n. 3 out, Rio de Janeiro. 1994.

_____. **Maternidade e trabalho feminino: Sinalizando tendências**. In: FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. Reflexões sobre gênero e fecundidade. Campinas: Núcleo de Estudos de População, Unicamp, 1999.

CAPELO, F. M. A. **A Integração do paciente dependente na família: um estudo de caso num Centro de Saúde da área da Grande Lisboa**. Monografia de Pós Graduação Lisboa/ Portugal, Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Universidade de Lisboa, 2000.

CARVALHO, C. S. U. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 87-96, 2008.

CARVALHO I. M. M; HAGUETTE, T. M. F (Organizadoras). **Trabalho e Condição de Vida no Nordeste Brasileiro**. São Paulo, Brasília: Ucitec/CNPQ, 1984.

CEARÁ. Instituto de Pesquisa e Estatística Econômica do Ceará (IPECE). Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/>. Acesso em: 14/12/2017.

CONH, A; et. al. **A Saúde como um direito e um Serviço**. 2 ed. São Paulo: Cortez:2002.

CFSS. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Brasília DF, 2014

COSTA, K. S.; MORAIS, R. R. (org.). **Atenção integral à saúde da mulher- quo vadis?** Goiânia: Grupo Transas do Corpo/NESP/UnB, 2001.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Brasília, 1986. **Anais / 8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 1986. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.430 p.

COUTO, B. R. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?**. São Paulo: Cortez, 2006.

COUTINHO, C. N. **Contra a Corrente: ensaios sobre democracia e socialismo** São Paulo: Cortez, 2000.

DEMO, P. **Política social, educação e cidadania**. Campinas, SP: Papyrus, 1994.

DESLANDES, S. F. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

FERNANDES, H. J. Dissecando e desmistificando o câncer. In: BIFULCO, V. A; BIGAL, A. (Coord.). **Câncer: uma visão multiprofissional**. Barueri: Minha Ed. 2010.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. *In: Fleury, Sonia (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial. p.25-44. 1997.*

GOMES, A. L. O benefício de prestação continuada: uma trajetória de retrocessos e limites: construindo possibilidades de avanços? *In: SPOSATI, A. (Org.). **Proteção social de cidadania**: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.*

GONZALEZ, R. F. **Personalidade, saúde e modo de vida**. Tradução de Flor de Maria Vidarrune Lenz da Silva São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

GUARESCHI, N. M. F. et al. Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. *In: **Estudos e pesquisas em Psicologia**. RJ, Ano 7, nº 1, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvspsi.org.br/pdf/epp/v7n1/v7n1a03.pdf> Acesso em 21 de fev. de 2018.*

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. 9 ed. São Paulo: Cortez: Lima/CELATS, 1993.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

LEVICOVITZ, E. **Transição X Consolidação**: o dilema estratégico da construção do SUS: Um Estudo Sobre as Reformas da Política Nacional de Saúde – 1974/1996. Tese de Doutorado Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ, Rio de Janeiro, 1997.

MARTINELLI, M. L (Org.). **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras, 1999. p. 19-30.

MATOS, M. C. de. O Debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. *In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. N. 74. São Paulo: Cortez, julho de 2003.*

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. *In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org). **Os Sentidos da Integralidade**: na atenção e no cuidado à saúde. 1. Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.*

_____. Integralidade e a Formação de Políticas Específicas de Saúde. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Construção de Integralidade**: cotidianos, saberes e práticas em saúde. 1. Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.*

MARTINS, J. S. **O massacre dos inocentes**. A criança sem infância no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1991.

MARX; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. Tradução de José Carlos Bruni e Marco

Aurélio Nogueira. São Paulo: Hucitec, 1993.

MAYALL, R. **Linfangiopatias e hitopatologia**. In: Linfangites e erisipelas. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2000.

MENDES, A; CARVALHO, G; MARQUES, R. **O Financiamento do SUS: Princípios, Série Histórica e Propostas**. Apostila do Curso de Capacitação Para Gestores Municipais de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo, 1998.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MESTRINER, M. L. **O estado entre a filantropia e assistência social**. São Paulo: Cortez, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. O desafio da pesquisa social. In: _____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores. Editora do Ministério da Saúde, 2010.

MIOTO, R. C. Família e Serviço Social – contribuições para o debate. In: **Serviço Social & Sociedade**, n. 55, São Paulo: Cortez, 2002.

MIRANDA, J. G. **Direito da Seguridade Social previdenciário, infortunistica, assistência social e saúde**. Rio de Janeiro: Elservir, 2007.

MOTA, A. E. **O Mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, política e sociedade** 2. ed. ver e ampl. São Paulo: Cortez, 2008.

NÉRI, M. C. **Retratos da deficiência no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV; 2003.

NEVES, D. C. A. **Inserção precoce de mulheres pobres no trabalho doméstico: um estudo de trajetórias**. Tese (Doutorado em Serviço Social). Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

NETTO, J. P. **Transformações Societárias e Serviço Social** – notas para uma análise da prospectiva da profissão no Brasil. In: Serviço Social (50). São Paulo: Cortez, 1996.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R.C.T. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E; BRAVO, M.I. de S.; UCHÔA, R.; *et al.*, (orgs). **Serviço Social e Saúde**. Formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, ABEPSS. Cortez,

2006.

OSTERNE, M. S. F. **Família, pobreza e gênero: o lugar da dominação masculina.** Fortaleza: EDUECE, 2001.

PACHECO, A. L. P. B. **Mulheres pobres e chefes de família.** Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

PAULO NETTO, J. **Introdução ao estudo do método de Marx.** São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PEREIRA, M. A. S. M; ARAÚJO, T. C. C. F. Enfrentamento e reabilitação de portadores de lesão medular e seus cuidadores. **PSICO**, Porto Alegre, v. 37, n. 1 jan/ abr. 2006.

PEREIRA, P. A. P. **Política Social: temas e questões.** 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Necessidades Humanas: subsídio á crítica dos mínimos sociais.** São Paulo Cortez, 2000.

BRAVO, M. I. B; POTYARA, A. P. Sobre a política de assistência social no Brasil. *In: Política social e democracia.* 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

RAICHELLIS, R. Assistência social e esfera pública: os conselhos no exercício do controle social. *In: Assistência Social e Sociedade Civil. Revista Serviço Social & Sociedade*, n. 56, ano XIX, São Paulo: Cortez, março 1998.

RIBAS, J. B. C. **O que são pessoas deficientes.** Saão Paulo: Brasiliense, 1998.

ROCHA, S. **Pobreza no Brasil: Afinal, do que se trata?** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

SEN, A. **Desigualdade reexaminada.** Rio de Janeiro: Record, 2001.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico.** 23. ed São Paulo: Cortez 2007.

SILVA, J. A. **Curso de Direito Constitucional Positivo.** 18. ed. SP: Malheiros, 2000.

SILVA, L. C. O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. **Psicologia para América Latina**, v. 16, p. 07, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 11 fev. de 2018.

SILVA, N. L. da. A judicialização do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n111/a09.pdf>> Acesso em 11 fev. 2018.

SOARES, L. T. **Os custos do ajuste neoliberal na América Latina**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SPOSATI, A. O. **Os direitos (dos desassistidos) sociais**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **Proteção Social de cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal** 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TEIXEIRA, M.J.O.; NUNES, S. T. A Interdisciplinaridade no Programa de Saúde da Família: uma utopia? *In*: BRAVO, M. I. S., et al. **Saúde e Serviço Social**. 2. Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

TEIXEIRA, R.R. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 2. Ed. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: ABRASCO.

TELES, V. S. **Direitos sociais: afinal do que se trata?** Belo Horizonte: UFMG, 1999.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classe Subalterna e Assistência Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996

_____. Globalização, precarização das relações trabalho e seguridade social. *In*: **Assistência Social & Sociedade Civil**. Revista Serviço Social e Sociedade, n 56, ano XIX, São Paulo: Cortez, março, 1998.

VAITSAM, J. Saúde, cultura e necessidades. *In*: FLEURY, S. (Org.). **Saúde Coletiva? Questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro: Relumê – Dumará, 1992.

WOORTMANN, K. **A família das mulheres**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1987.

APÊNDICES

APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDIÇÕES, MODO DE VIDA E SAÚDE DE USUÁRIAS DO PROGRAMA DE MASTOLOGIA DO HC: RELAÇÕES COM O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

Pesquisador: DENISE FERREIRA DE MAGALHAES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67666317.6.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.128.425

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa trata das condições, modo de vida e saúde de usuárias do Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas e suas relações com o Benefício de Prestação Continuada. Justifica-se em decorrência da atuação da pesquisadora como Assistente Social no Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - UFG/ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Pretende-se com esta pesquisa compreender as condições, modo de vida e saúde destas mulheres e até que ponto o BPC contribui para provimento dos mínimos sociais de sobrevivência delas, uma vez que em sua maioria, o benefício torna-se fonte de renda do núcleo familiar. Mulheres estas, em grande número chefes de famílias, com baixo nível de escolaridade, sem vínculo empregatício que trabalham sem nenhuma proteção social, que para ter direito ao BPC necessitam atender alguns requisitos: renda familiar per capita a ¼ do salário mínimo, e estar incapacitada para suas atividades laborais. Desta forma, almeja-se realizar a pesquisa nos meses de junho e julho de 2017, com mulheres que já enfrentaram o câncer de mama entre os anos de 1996 a 2015 e que recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS desta forma, o recorte, a ser pesquisado serão mulheres que não estão mais em tratamento sistemático da doença no referido Programa, com o objetivo compreender o modo e condições de vida destas usuárias ao longo dos anos.

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.068
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
 UF: GO Município: GOMÂNIA
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.128-425

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender as condições e modo de vida de usuárias do Programa de Mastologia do HC que após enfrentar câncer de mama recebem o BPC.

Objetivo Secundário:

* Descrever e analisar as condições de vida e verificar até que ponto o BPC atinge o objetivo de prover o sustento das necessidades das usuárias do Programa de Mastologia através da apreensão das suas condições de vida.

* Identificar elementos do modo de vida destas usuárias que recebem o BPC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos da sua participação serão mínimos. Pode estar relacionado ao incômodo, em disponibilizar tempo para a entrevista, cansaço, aborrecimento em responder ou por não saber responder algumas perguntas ou todas as questões do roteiro de entrevista e questionário sociodemográfico. É assegurado a garantia de Assistência Integral e gratuita por danos diretos ou indiretos, imediatos ou tardios.

Benefícios: Poderá contribuir para ampliar o debate sobre as condições de vida das beneficiárias do BPC, no qual será possível verificar até que ponto o BPC vem contribuindo para o provimento das necessidades básicas das mulheres participantes da pesquisa, sendo possível também analisar, que mudanças ocorreram no modo e condições de vida das participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente pelo fato de investigar as condições e modo de vida de usuárias do Programa de Mastologia do HC que, após enfrentar câncer de mama, recebem o BPC.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados e estão em conformidade com as resoluções éticas pertinentes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências, anteriormente apontadas, foram solucionadas pela pesquisadora de acordo com o que determina a resolução 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR REFERENTE À APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.059
Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



Comitê de Ética em Pesquisa nº 2.128.425

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.
2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.
3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificação do cumprimento das resoluções pertinentes.
4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pelas Resoluções pertinentes à proposta de pesquisa aprovada, garantindo seguimento fiel ao protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_903646.pdf	04/06/2017 22:59:47		Aceito
Outros	Pendencia_membroequipe.docx	04/06/2017 22:57:16	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Outros	TCLE_pendencias.doc	04/06/2017 22:40:58	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Outros	Respostas_pendencias.docx	04/06/2017 22:40:00	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Outros	Acesso_lattes.pdf	22/04/2017 17:53:18	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Outros	Parecer_chefia.pdf	22/04/2017 17:48:54	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Outros	Questionario.pdf	22/04/2017 17:47:55	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Outros	Roteiro_Entevista.pdf	22/04/2017 17:46:52	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Outros	Autorizacao.pdf	22/04/2017 17:46:13	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	Manuseio.pdf	22/04/2017 17:44:49	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Projeto Detalhado	Projeto.pdf	22/04/2017	DENISE FERREIRA	Aceito

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.068
Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.128.425

Brochura Investigador	Projeto.pdf	17:41:28	DE MAGALHAES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicao.pdf	22/04/2017 17:40:02	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/04/2017 17:38:37	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	22/04/2017 17:36:52	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rostoplataforma.pdf	22/04/2017 17:34:39	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	22/04/2017 17:28:17	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 20 de Junho de 2017

Assinado por:
Cejane Oliveira Martins Prudente
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.068
Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br

UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDIÇÕES, MODO DE VIDA E SAÚDE DE USUÁRIAS DO PROGRAMA DE MASTOLOGIA DO HC: RELAÇÕES COM O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

Pesquisador: DENISE FERREIRA DE MAGALHAES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67666317.6.3001.5078

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.245.769

Apresentação do Projeto:

A proposta de estudo é um estudo visando compreender as condições, modo de vida e saúde de usuárias do Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas e até que ponto o Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS contribui para provimento dos mínimos sociais de sobrevivência destas, considerando a pesquisadora que, em sua maioria, o benefício torna-se fonte de renda do núcleo familiar. A pesquisadora propõe estudo com mulheres que não estão mais em tratamento sistemático da doença no referido Programa, com o objetivo compreender o modo e condições de vida destas usuárias ao longo dos anos. A metodologia utilizada será abordagem qualitativa, descritiva interpretativo. Os instrumentos utilizados serão entrevista semi estruturada, e técnica de observação, com visita domiciliar agendada (1 visita com duração de duas horas). Os dados pessoais (telefone e endereço) serão obtidos do prontuário da paciente, após prévia autorização do setor responsável.

São descritos os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Inclusão: Disponibilidade das mulheres em participar da pesquisa; Mulheres diagnosticadas com câncer de mama e em tratamento anual no Programa de Mastologia da UFG/ EBSERH entre os anos de 1996 a 2015 que recebem o BPC; Mulheres residentes em Goiânia e Aparecida de Goiânia;

Exclusão: Indisponibilidade das mulheres para participar da pesquisa; Mulheres diagnosticadas na

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cep@ufg.br

UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.245.769

rede de saúde privada; Mulheres que não recebem o BPC; Mulheres que receberam o diagnóstico de câncer em anos diferentes ao estudado pela pesquisa; Mulheres com câncer de mama seguradas do INSS; Mulheres acima de 65 anos; Mulheres que residem fora do município de Goiânia Mulheres com metástase; Mulheres em tratamento sistemático.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Compreender as condições e modo de vida de usuárias do Programa de Mastologia do HC que após enfrentar câncer de mama recebem o BPC.

Secundário: Descrever e analisar as condições de vida e verificar até que ponto o BPC atinge o objetivo de prover o sustento das necessidades das usuárias do Programa de Mastologia através da apreensão das suas condições de vida, identificar elementos do modo de vida destas usuárias que recebem o BPC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Refere a pesquisadora que o risco provável pode ser desconforto/ constrangimento durante a entrevista. E que caso aconteça, será realizado encaminhamento para atendimento psicológico no Programa de Mastologia

Benefícios: A pesquisadora afirma que o estudo poderá contribuir para que usuárias do SUS que participem da pesquisa, possam ter acesso a informações, relatar as barreiras e dúvidas que dificultam este acesso sobre seus direitos de cidadania, contribuindo com melhorias nas condições e modo de vida destas mulheres.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo, além da possibilidade de agregar conhecimento à área e temático de estudo, aponta a possibilidade de contribuir para o esclarecimento e orientação acerca dos direitos das portadoras de Câncer de mama.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram submetidos.

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** oephculg@yahoo.com.br

UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.245.769

Recomendações:

- Adequar as informações apresentadas no arquivo "Projeto.pdf" com as informadas no arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_903646.pdf".
- Adequar cronograma;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos que impeçam a realização do estudo proposto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em razão das recomendações acima, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG - CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, manifesta-se pela **APROVAÇÃO COM RECOMENDAÇÃO** do projeto de pesquisa proposto. Porém é necessário que o pesquisador responsável encaminhe ao CEP/HC/UFG, via Plataforma Brasil, as recomendações para que seu projeto seja reanalisado e validado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_903646.pdf	04/06/2017 22:59:47		Aceito
Outros	Pendencia_membrequipe.docx	04/06/2017 22:57:16	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Outros	TCLE_pendencias.doc	04/06/2017 22:40:58	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Outros	Respostas_pendencias.docx	04/06/2017 22:40:00	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_903646.pdf	22/04/2017 17:57:18		Aceito
Outros	Acesso_lattes.pdf	22/04/2017 17:53:18	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Outros	Parecer_chefia.pdf	22/04/2017 17:48:54	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Outros	Questionario.pdf	22/04/2017 17:47:55	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Outros	Roteiro_Entevista.pdf	22/04/2017 17:46:52	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Outros	Autorizacao.pdf	22/04/2017 17:46:13	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Declaração de Manuseio Material	Manuseio.pdf	22/04/2017 17:44:49	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-9426 E-mail: cephcufg@yahoo.com.br

UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.245.769

Biológico / Biorepositório / Biobanco	Manuseio.pdf	22/04/2017 17:44:49	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	22/04/2017 17:41:28	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicao.pdf	22/04/2017 17:40:02	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/04/2017 17:38:37	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	22/04/2017 17:36:52	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rostoplataforma.pdf	22/04/2017 17:34:39	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	22/04/2017 17:28:17	DENISE FERREIRA DE MAGALHAES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 29 de Agosto de 2017

Assinado por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephoufg@yahoo.com.br

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

*Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa intitulada **Condições, modo de vida e saúde de usuárias do Programa de Mastologia do HC: Relações com o Benefício de Prestação Continuada**. Meu nome é Denise Ferreira de Magalhaes, sou Assistente Social, mestranda do Curso de Pós Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e responsável por este estudo. Abaixo estão algumas informações importantes que você precisa saber sobre a pesquisa. Caso você concorde em participar, assine na última página e rubrique em todas as demais páginas das duas vias deste documento (você receberá uma e a outra ficará comigo).*

Em caso de dúvidas sobre esta pesquisa você poderá consultar a pesquisadora responsável: Denise Ferreira de Magalhães – Telefone: Operadora Vivo (62) 996468980 (62)3215 2004; Email: nisemagalhaes@yahoo.com.br. Estas ligações poderão ser feitas a cobrar. Em caso de dúvidas acerca dos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás PUG GO no telefone: (62) 3946-1512 ou no endereço Avenida Universitária nº 1.069 Setor Universitário, área IV Bloco D da Reitoria, Goiânia - Goiás, horário de funcionamento de 2ª a 6ª das 14:00 às 17:00 horas. E também informações referentes a esta pesquisa podem ser obtidas no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CEP HC-UFG), nos telefones: (62) 3269-8338 e (62) 3269-8426 ou no endereço: 1ª Avenida S/Nº Setor Leste Universitário, Goiânia – Goiás, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andar. Horário de funcionamento: 2ª a 6ª das 07h00min às 17h00min.

Após a confirmação de sua participação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido haverá a realização de uma entrevista que se dará em um único encontro agendado, será uma visita em sua casa, que será realizado no horário escolhido por você com duração aproximada de 02 horas. A entrevista será gravada com gravador de voz para ser transcrita posteriormente pela pesquisadora.

Esta pesquisa justifica-se pela importância em conhecer a realidade social e econômica, apreender as diferenças e desigualdades que permeiam o modo de

vida de vocês mulheres, atendidas no Programa de Mastologia. Desta forma, a pesquisa tem como objetivo: Compreender as condições e modo de vida de usuárias do Programa de Mastologia do HC que após enfrentar câncer de mama recebem o BPC.

Informo que os riscos serão mínimos, não haverá exposição do sujeito a riscos adicionais, todavia, a entrevista poderá trazer desconfortos/constrangimentos decorrentes da participação, o que se ocorrer à pesquisadora se responsabilizará por encaminhá-la para assistência necessária. A ser realizada pela equipe de psicologia do referido Programa.

Você estará livre para recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento. Você também poderá tirar dúvidas sobre qualquer procedimento quantas vezes precisar, com a pesquisadora ou nos 02 Comitês de Ética já informados anteriormente na página 01. Você não será identificada em nenhum momento da divulgação dos resultados deste estudo, pois não serão publicados dados ou informações que possibilitem a sua identificação, nem sofrerá qualquer tipo de constrangimento. Será garantido sigilo, anonimato, e direito de retirar o seu consentimento a qualquer tempo, sem penalidade ou perda de benefícios. Depois de encerrado essa pesquisa os questionários sociodemográficos e fitas de áudio serão lacrados em envelopes e arquivados por cinco anos, vencido esse prazo todo o material será incinerado. Caso a pesquisadora deseje utilizar os dados para realização de outro projeto, este terá que ser submetido à nova apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa conforme Resolução CNS 466/12.

Você não terá nenhum gasto para participar desta pesquisa e também não receberá nenhuma forma de ressarcimento. Caso você se sinta prejudicada, poderá contestar junto aos órgãos competentes, indenização, que será concedida, por determinação legal, caso seja comprovado a ocorrência de eventuais danos decorrentes da participação nesta pesquisa.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados, sejam eles favoráveis ou não, por meio de publicação de artigos em revistas científicas, apresentações em congressos da área e divulgação da dissertação de mestrado no site da PUC GO.

Com os resultados desta pesquisa espera-se demonstrar a relevância do problema que consiste em analisar as condições de vida das beneficiárias do BPC, e verificar até que ponto o BPC contribui para provimento das necessidades básicas

destas mulheres e também analisar que mudanças ocorreram no modo e condições de vida destas mulheres.

CONSENTIMENTO EM PARTICIPAR DA PESQUISA COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____
 RG: _____ / _____; CPF: _____), após a leitura deste documento e esclarecimento de minhas dúvidas, declaro que concordo em participar desta pesquisa. Para isso, fui informada sobre os objetivos e todos os procedimentos necessários, bem como os riscos aos quais estou exposto. Recebi todas as informações de forma clara e detalhada e não tenho nenhuma dúvida. Ficou claro para mim que minha participação nesta pesquisa é voluntária e que posso me recusar a participar em qualquer momento. Sei, também, da garantia de confidencialidade e de esclarecimentos sempre que precisar. Uma cópia deste documento me foi fornecida.

Goiânia, ____ de _____ de _____

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar. Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO MULHERES QUE JÁ ENFRENTARAM O CÂNCER DE MAMA USUÁRIAS DO BPC

Data _____ Cidade: _____
Idade: _____ Setor: _____

Já morava nesta cidade na época do diagnóstico
() SIM () NÃO _____

Ano que recebeu diagnóstico de câncer de mama _____

ESTADO CIVIL:

Solteira () Casada () União Estável () Separada ou Divorciada () Viúva ()

ESCOLARIDADE:

Fundamental () completo () incompleto () Médio () completo () incompleto
() Superior () completo Qual curso _____
() incompleto Qual curso _____

PROFISSÃO:

Função ou Cargo Atual que exerce _____
Quanto tempo você trabalha na sua função atual? _____

TEMPO DE SERVIÇO TOTAL

- () Menos de 1 ano
- () Entre 1 e 4 anos
- () Entre 4 e 7 anos
- () Entre 7 e 10 anos
- () Entre 10 e 13 anos
- () Entre 13 e 16 anos
- () Entre 16 e 19 anos
- () Entre 19 e 21 anos
- () Entre 21 e 24 anos
- () Mais de 24 anos

POSSUI VINCULO EMPREGATÍCIO?

() SIM () Não

Você já participou de cursos ou treinamentos nos últimos _____ anos?

() Sim () Não Se sim quais e em que ano?

RECEBE BPC HÁ QUANTO TEMPO?

QUANDO FOI SUA ÚLTIMA PERÍCIA NO INSS?

RENDA FAMILIAR:

Até 01 salário mínimo () 01 a 02 salários mínimos ()
 03 a 04 salários mínimos () 4 a 05 salários mínimos ()
 acima de 06 salários mínimos ()

FICOU AFASTADA DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS ANOS, POR MOTIVO DE DOENÇA?

Sim () quanto tempo: _____
 () Não

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Grau de Parentesco	Sexo	Idade	Escolaridade	Ocupação	Renda

Tem filhos/as: Sim () Não () Quantos? _____
 Quantos moram com você

SITUAÇÃO / NATUREZA DE MORADIA

- () Própria
 () Alugada
 () Cedida
 () Apartamento
 () Casa
 () Barraco Isolado
 () Cômodo

SERVIÇOS PÚBLICOS EXISTENTES NO LOCAL DE DOMICÍLIO:

- pavimentação () SIM () Não
 Iluminação pública () SIM () Não
 Rede de esgoto () SIM () Não
 Rede Água () SIM () Não
 Coleta lixo () SIM () Não

ACESSO A ALGUNS SERVIÇOS BÁSICOS NO SETOR:

- Transporte () SIM () Não
 Escola Pública () SIM () Não
 Creche Pública () SIM () Não
 Delegacia () SIM () Não

SERVIÇOS DE SAÚDE NO SETOR QUE RESIDE:

- () Nenhum
 () Centro ou Posto de Saúde

- Hospital
- Pronto Socorro
- Outro: _____

Há espaço para prática de atividade física ? Sim Não

Você costuma frequentar? Sim Não

Qual atividade física: _____

APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA MULHERES QUE JÁ ENFRENTARAM O CÂNCER DE MAMA USUÁRIAS DO BPC

- 1) Mudanças no seu modo de vida após o câncer?
- 2) Já tentou retornar ao mercado de trabalho após término do tratamento? Como foi esta experiência?
- 3) Acredita que já sofreu preconceito ao tentar voltar trabalhar? Po parte de quem?
- 4) Na sua opinião, quais as sequelas que ficaram que a impede de trabalhar?
- 5) Te passado dificuldades financeiras? De que forma tem tentado amenizar estas dificuldades?
- 6) Na época encontrou dificuldade para receber o BPC? Quais dificuldades foram?
- 7) Como ficou sabendo que teria direito ao Benefício?
- 8) Você sabe a diferença entre BPC e Aposentadoria? E quais são estas diferenças?
- 9) Você considera que sua vida melhorou após o BPC? Em que aspectos
- 10) Como você estaria hoje sem o BPC?
- 11) O que o BPC significa para você hoje? Qual a importância dele na sua vida?
- 12) Você tem medo dele ser cortado? Se perder qual estratégia para sobreviver?
- 13) Se tivesse oportunidade gostaria de voltar a trabalhar de carteira assinada mesmo sabendo que para isso teria que deixar de receber o BPC?
- 14) O BPC é a única fonte da família?
- 15) Ainda faz uso de medicações referentes ao Câncer? Por quanto tempo ainda?Este direito tem sido garantido no SUS?
- 16) Qual a regularidade que vai ao médico mastologista para acompanhamento de segmento do tratamento?
- 17) Com que frequência você tem momentos de lazer? O que costuma fazer para se divertir
- 18) Participa de alguma associação, atividade comunitária? Como é esta participação?
- 19) Quem é o responsável pelas despesas da casa?
- 20) E pelos cuidados com a casa?

ANEXOS

ANEXO A – PROJETO DE QUALIFICAÇÃO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CONDIÇÕES, MODO DE VIDA E SAÚDE DE USUÁRIAS DO PROGRAMA DE
MASTOLOGIA DO HC: RELAÇÕES COM O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO
CONTINUADA

Denise Ferreira de Magalhães

Projeto de pesquisa apresentado ao
Programa de Pós Graduação *Strictu*
Mestrado em Serviço Social da
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DE GOIÁS sob orientação professora Prof^a
Dr^a Vannuzia Leal Andrade Peres

Goiânia
2017

SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
APCAM	Associação Portadores de Câncer de Mama do Hospital das Clínicas
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás
CEP	Comitê de Ética PUC Goiás
CIF	Código Internacional de Funcionalidade
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CORA	Centro Avançado de Diagnóstico da Mama
CRAS	Centro de Referência e Assistência Social
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HC	Hospital das Clínicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INAMPS	Instituto de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
LBA	Brasileira de Assistência Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação
OMS	Organização Mundial de Saúde
UFG	Universidade Federal de Goiás
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PREVSAÚDE	Programa de Serviços Básicos de Saúde
RMV	Renda Mensal Vitalícia
SAMIS	Serviço de Arquivo Médico Informação e Saúde

SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. APRESENTAÇÃO

A origem do interesse por esta temática, Condições, modo de vida e saúde de usuárias do Programa de Mastologia do HC: Relações com o Benefício de Prestação Continuada, é decorrente da minha atuação como Assistente Social no Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, UFG/ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

O Programa de Mastologia da Faculdade de Medicina (UFG), localizado no Hospital das Clínicas da UFG/ EBSERH teve seu início em 1993, para atender a demanda de usuárias com patologia mamária que procuravam o Hospital. Coordenado pelo Prof. Dr. Ruffo de Freitas Júnior, o Serviço contava em seu início, somente com um ambulatório em Mastologia. O crescimento do Serviço, bem como o aumento da demanda, com relação à formação de profissionais especialistas em Mastologia, no ano de 2007 foi implantado o Programa de Residência Médica em Mastologia.

Em 2016, foi inaugurado o Centro Avançado de Diagnóstico da Mama (CORA), em parceria com Instituto Avon, UFG e demais parceiros, tendo objetivo reduzir o índice de mortalidade de mulheres por câncer de mama no Estado de Goiás uma vez que conta com aparelhos de última geração.

Atualmente, o Serviço é composto por uma equipe multidisciplinar: assistente social, médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e acadêmicos de diversas áreas da saúde.

O Programa é constituído das seguintes partes: Atendimento ambulatorial, prestado desde a admissão do paciente, com especial atenção aos portadores de câncer de mama, durante todo o tratamento, estendido inclusive ao domicílio, onde são atendidas cerca de 750 usuárias por mês, totalizando aproximadamente 9.000 atendimentos por ano, sendo que destes atendimentos, são diagnosticados em média de 120 casos de câncer por ano, com faixa etária entre 25 a 90 anos.

Dentre os vários serviços prestados, é desenvolvido programas e projetos em pesquisa acadêmica e clínica relacionada às enfermidades da mama; prevenção primária e rastreamento do câncer de mama; tratamentos oncológico, cirúrgico e reabilitação.

Os trabalhos sociais têm sido outro importante foco do Programa de Mastologia. Como expoentes desse foco, tem-se as ações educativas promovidas

com as usuárias do ambulatório, realizadas no grupo de convivência, com os membros da Associação dos Portadores de Câncer de Mama do HC (APCAM).

O programa desenvolve ações de rastreamento do câncer de mama, capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica sobre prevenção e detecção precoce do câncer de mama.

A equipe multidisciplinar, realiza visitas domiciliares de apoio e resgate as usuárias, fornecendo orientação e apoio, visando adesão e manutenção no seguimento. Com o respaldo do trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional na sala de espera e também no atendimento diário, tem –se o mínimo de perda das pacientes com neoplasia mamária. Desta forma, a visão multidisciplinar visa sempre o bem estar da mulher, de forma humanizada e personalizada, além de aumentar a aderência aos diversos momentos do tratamento.

Desta forma pretende - se realizar a pesquisa nos meses de junho e julho de 2017, com mulheres que já enfrentaram o câncer de mama entre os anos de 1996 a 2015 e que recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS desta forma, o recorte, a ser pesquisado serão mulheres que não estão mais em tratamento sistemático da doença no referido Programa, com o objetivo compreender o modo e condições de vida destas usuárias ao longo dos anos.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) as mulheres são a maioria da população brasileira e as principais usuárias do SUS. A previsão do Instituto Nacional do Câncer (INCA) é que em 2016 sejam diagnosticados no Brasil 57.960 novos casos de câncer de mama, em Goiás a estimativa é de 1.680 diagnósticos, destes 550 só na capital Goiânia.

Desta forma, o câncer de mama representa importante problema de saúde pública (ALMEIDA,2009). A taxa de mortalidade relacionada ao câncer corresponde a 15%, sendo que seus índices apresentam-se crescentes e elevados, provavelmente porque a doença é diagnosticada em estágios avançados.

Outro índice elevado é o grande percentual de mulheres atendidas no Programa de Mastologia do HC, que não são seguradas do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), trabalham na informalidade, ou são donas de casa, e ao terem o diagnóstico da doença e atendendo os critérios da Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993 Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) recorrem ao benefício para desta forma, prover os mínimos sociais e manter suas necessidades

básicas, durante o tratamento quimioterápico cirúrgico e radioterápico, e acompanhamento durante 05 anos, onde na maioria das vezes é indicado uso de medicamento como forma de prevenção de recidiva do câncer. Desta forma, no primeiro ano de tratamento da doença, fica impossibilitada de exercer suas funções laborativas.

2. JUSTIFICATIVA

Pretende-se com esta pesquisa compreender as condições, modo de vida e saúde destas mulheres e até que ponto o BPC contribui para provimento dos mínimos sociais de sobrevivência delas, uma vez que em sua maioria, o benefício torna-se fonte de renda do núcleo familiar. Mulheres estas, em grande número chefes de famílias, com baixo nível de escolaridade, sem vínculo empregatício que trabalham sem nenhuma proteção social, que para ter direito ao BPC necessitam atender alguns requisitos: renda familiar per capita a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, e estar incapacitada para suas atividades laborais.

Desta forma, o BPC não atende todas mulheres atendidas no Programa de Mastologia, em tratamento de câncer de mama/ acompanhamento de segmento no tratamento, uma vez que é seletivo, ou seja, entre os pobres atende aos mais pobres para que estas possam “sobreviver” e consumir bens e serviços na sociedade capitalista. O referido benefício restringe o direito universal a medida que o cálculo para sua concessão é de todo grupo familiar e não individual.

Para melhor apreensão deste estudo, faz-se necessário, uma análise do conceito de saúde que de acordo com o relatório final da 8ª Conferência de Saúde realizada em 1986:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1987:382).

Um outro conceito de saúde é o da Organização Mundial de Saúde (OMS) que a define como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não

somente ausência de afeções e enfermidades”. É um conjunto de situações que envolvem as condições socioeconômicas, o meio em que se vive, a maneira que se insere na sociedade e no trabalho.

Desta forma, para compreender as condições e modo de vida, faz –se necessário pesquisar a organização da classe trabalhadora para a conquista da proteção social como direito social, seu surgimento e avanços ao longo dos anos, o papel do Estado nesta relação de regulação social de acordo com a conjuntura histórica. Na definição moderna que se desenvolve a partir da obra de Maquiavel (1515), o Estado comparece como exigência histórica de se constituir um poder central, supremo e soberano para gerir os conflitos sociais e econômicos.

Para Marx e Engels (1989: 22-23):

(...) um primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, a saber, que os homens devem estar em condições de poder viver a fim de “fazer história”. Mas, para viver, é preciso antes de tudo beber, comer, ter um teto onde se abrigar, vestir-se, etc. O primeiro fato histórico é pois a produção dos meios que permitem satisfazer essas necessidades, a produção da própria vida material; trata-se de um fato histórico, de uma condição fundamental de toda a história, que é necessário, tanto hoje como há milhares de anos, executar dia a dia, hora a hora, a fim de manter os homens vivos

Diante disto, González (2004), afirma que: o modo de vida é um importante conceito sociológico no qual se expressam as motivações essenciais do homem num sistema de atividades concretas, pelo qual essa categoria tem um importante significado da saúde humana.

A primeira forma de Seguro Social surgiu em 1883 na Alemanha, no governo de Otto Bismarck, no qual contemplava seguro saúde e acidente de trabalho, diante disto só atendia os trabalhadores. Em 1942 na Grã Bretanha, surge o sistema de proteção Beveridiano, sendo universal a toda população que necessitasse.

No Brasil, em 1923 foi instituída a Lei Eloy Chaves cujo objetivo era assegurar cobertura aos trabalhadores assalariados através de medicina curativa, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para dependentes e auxílio funeral.

No Brasil, os princípios do sistema bismarckiano predominam na Previdência Social, enquanto que o modelo beveridiano predomina no sistema público (Potyara, 2002).

De acordo com a análise de Boschetti (2009 p. 237) a Seguridade Social pode garantir mais, ou menos, acesso a direitos, quanto mais se desvencilhar da lógica do seguro e quanto mais assumir a lógica social. Ainda para esta autora, é necessário discutir a relação entre trabalho, assistência social e previdência, para entender inclusive se o padrão de Seguridade Social instituído em determinado país é ou não capaz de impor limites a desigualdade social no capitalismo. Pode-se dizer que é uma forma do cidadão ter acesso a bens e serviços, independente se este está inserido no mercado de trabalho.

Desta forma, será discutir a Política de Assistência Social, que constitui um eixo da Seguridade Social, para compreender o modo de vida destas mulheres. É neste cenário que buscará compreender as complexas relações, estratégias de sobrevivência delas.

Através de Políticas Sociais, o Estado transfere recursos a certos segmentos vulneráveis por meio de programas de transferência de renda, no Brasil as primeiras discussões sobre a instituição de um programa de transferência de renda mínima, como forma de erradicar a pobreza, remontam a década de 1970, para que estes possam comprar, é portanto uma política focalizada, porém necessária que desenvolve ações visando promover especialmente a prevenção de deficiências, habilitação e reabilitação e equiparação de oportunidades. Isso implica em ações de proteção a esse público, que devem ser organizadas para atender suas necessidades específicas com a estruturação de serviços adequados, na inserção ao conjunto de serviços de proteção, seja na perspectiva da promoção da equidade social.

A Assistência Social no Brasil apresenta como marco histórico a Promulgação da Constituição Federal de 1988, integrando a Seguridade Social como política pública e direito do cidadão ao lado da Saúde e Previdência Social traz desta forma, uma nova concepção para a Assistência Social, que passa para o campo da universalização do acesso a direitos e responsabilidade do Estado.

Ao conceber a Seguridade Social como mediação da reprodução social, não se refere especificamente a reprodução material da força de trabalho, mas a totalidade da esfera da reprodução da reprodução das relações sociais, nela incluída a reprodução das contradições sociais e as lutas de classe. (Mota, 2008 p. 135)

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) constitui garantia de 1 salário mínimo independente de contribuição prévia aos idosos acima de 65 anos e as pessoas com deficiência cujos rendimentos não ultrapassem o estipulado exigido $\frac{1}{4}$ do salário mínimo per capita que ainda de acordo a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) comprove a incapacidade para vida independente e trabalho. Ressalta-se que redução para 65 ocorreu somente com o Estatuto do Idoso em 2003, outra alteração garantida pelo Estatuto foi a não inclusão do BPC de uma pessoa idosa para fins de composição de renda de outra pessoa idosa

O BPC é um mínimo social enquanto se constitui em um dispositivo de proteção social destinado a garantir, mediante prestações mensais, um valor básico de renda as pessoas que não possuem condições de obtê-la de forma suficiente, por meio de suas atividades atuais ou anteriores. (Sposati, 2011 p. 126).

Para ter acesso a este direito, é necessário ao requerente atestar ao INSS, além da deficiência, grau de miséria dele e do núcleo familiar, informando não ter condições de prover os mínimos sociais, restringindo desta forma o acesso individual a um direito assegurado na Constituição Federal, uma vez que é incluída para o cálculo a renda de todo grupo familiar. Só a partir da constatação destes critérios é deferido ou negado o benefício pelo INSS órgão responsável por sua operacionalização já o financiamento compete Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. Ainda de acordo com a referida Lei, a revisão deste benefício, chamada avaliação social deve ser realizada a cada dois anos, pelo INSS para identificar se o usuário mantém as condições no momento da concessão, sejam elas no âmbito de condições sociais ou incapacidade.

Para Sposati (2006) o conceito de desamparado ou necessitado é atribuído a condição de fragilidade física associada à econômica, responsabilizando o Estado de suprir um amparo mínimo, na condição de benefício mensal.

Em 2004 com a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) é instituído o Sistema Único de Saúde (SUAS) no qual se configura o reordenamento das ações de proteção social com vistas a qualificação desta Política proporcionando maior eficiência e eficácia na gestão.

Nesse sentido, a relevância deste estudo reside na necessidade de compreensão da vida dessas mulheres a partir do contexto social em que elas estão inseridas, ou seja, a inserção delas, na sociedade capitalista, compreender ainda, o

modo de produção capitalista que fundamenta-se na lógica de acumulação de capital, em que a maior parcela da riqueza produzida é apropriada por poucos, enquanto as grandes massas enfrentam grandes níveis de pobreza.

Na análise de Yasbek (2007) a pobreza é:

a pobreza é a expressão direta das relações sociais vigentes na sociedade e certamente não se reduz às privações materiais. Alcança o plano espiritual, moral e político dos indivíduos submetidos aos problemas da sobrevivência. A pobreza é uma face do descarte de mão-de-obra barata, que faz parte da expansão do capitalismo brasileiro contemporâneo. Expansão do capitalismo que cria uma população sobrando, cria o necessitado, o desamparado e a tensão permanente da instabilidade na luta pela vida de cada dia (YASBEK, 2007, p.63)

Outra situação observada e preocupante, é quando este BPC torna-se única renda familiar e esta usuária vem a óbito, a família fica desamparada uma vez que o BPC é vitalício, não gerando pensão aos demais membros. Desta forma, busca –se com a pesquisa, conhecer a realidade social e econômica apreender, as diferenças e desigualdades que permeiam o modo de vida destas mulheres.

3. Fundamentação Teórica

Para realização deste estudo, buscará suporte teórico em autores que trabalham temáticas relacionadas ao tema, como: Aldaiza Sposati, Carmelita Yasbeck, Ozanira Silva e Sousa, Potyara Pereira, Gonzalez Rey, dentre outros, visando apreender as Condições modo de vida e saúde de usuárias do Programa de Mastologia do HC: Relações com o Benefício de Prestação Continuada. Serão ainda estudadas as categorias de análise: Benefício de Prestação Continuada, Assistência Social, Mínimos Sociais, Pobreza, Proteção Social, Condições, Modo de Vida e Saúde.

Para se compreender o desenvolvimento da referida política de Assistência Social, será apresentada, nesta pesquisa, a conceituação desta política pública seguida de uma breve retrospectiva histórica da Assistência Social no Brasil.

A Assistência Social constitui-se em direito do cidadão, dever do Estado e tem de ser prestada quem dela necessitar.

A Assistência Social manteve-se ao longo da história, como uma ação pública desprovida de reconhecimento legal como direito, mas

associada institucionalmente e financeiramente, à Previdência Social. (Boschetti 2009, p 329).

É ainda uma Política precária, focalizada, que permite através dela, acesso a população de baixa renda aos mínimos sociais sem o critério de contribuição prévia.

historicamente, os mínimos sociais foram estabelecidos em estreita relação com as concepções de pobreza e, particularmente, com os limiares de pobreza absoluta. Regra geral as linhas de pobreza absoluta foram, e ainda são de algum modo, estabelecidas com base numa visão restritivista e minimalista das necessidades humanas, visando garantir um padrão de sobrevivência biofisiológica e condições mínimas de manutenção da capacidade de trabalho, ao nível mais elementar dos patamares de padrão de vida. Foi esta, concretamente, a orientação prosseguida na fixação dos salários mínimos (BRANCO, 2004, p.57-58).

A assistência social é um campo de ação que propõe acesso a indivíduos em situações especiais, não seria igualitária para todos os cidadãos, mas aqueles portadores de uma situação similar (Sposati, 2006, p. 13)

A LOAS em seu artigo 20, definiu pessoa portadora de deficiência, para efeito de concessão do BPC, como aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho, este termo, vem sofrendo críticas uma vez que vem sendo difundido na sociedade a inclusão da pessoa com deficiência, do idoso, Gonzaga 2011 ressalta que:

choca-se frontalmente com todo o movimento mundial pela inclusão da pessoa portadora de deficiência. Num momento que em que o mundo inteiro, pessoas com e sem deficiência, esforça-se para ressaltar os potenciais e as capacidades dos portadores de deficiência. (Gonzaga 2011 p. 181).

Para Sposati necessitado é aquele que não tem renda própria, em decorrência, a assistência social constituiria um substituto do salário, e não um salário indireto, como os serviços sociais ofertados pelas políticas sociais.

O BPC é um mínimo tutelado na medida em que submete seu acesso a uma condição externa, e não ao direito do cidadão que dele necessita, isto é, vincula o acesso à condição econômica da família, e não ao cidadão individualmente considerado. (Sposati, 2011 p. 139).

Ainda de acordo com a mesma autora, a insuficiência e a miserabilidade do nosso salário mínimo, que apenas contempla uma cesta básica configurando a linha da indigência reduzindo as necessidades humanas à alimentação.

A organização social e econômica de uma sociedade determina as condições de vida em que o homem realiza seu trabalho, as quais terão um papel ativo no modo de vida Gonzalez (2004). Desta forma pode-se dizer, que é através das relações sociais, do trabalho que o homem insere na sociedade, ele

Com as alterações da LOAS, através Lei 12.435/11, que dispõe sobre a organização da assistência social e institui oficialmente o Suas como sistema brasileiro para a área. considera-se como parte da composição familiar, para fins de análise de renda, irmãos/ãs e filhos/as solteiros/as, mesmo que maiores de 21 anos, como integrantes da família, além de considerar pai, mãe, padrasto e madrasta em qualquer idade, dificultando ainda mais o acesso a esse benefício. Conforme segue:

Art 20 § 1o Para os efeitos do disposto no *caput*, a família é composta pelo requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto (BRASIL, 2011a, p. 11).

É portanto contraditório, pois algo que seria para suprir necessidades individuais, torna-se em benefício de toda família, e também a fim de cálculo é computado renda de todo grupo familiar, porém é um benefício intransferível, individual que é concedido à pessoa e não ao grupo familiar, que cessa perante mudanças econômicas, alterações físicas, portanto O BPC é um benefício individual, não vitalício e intransferível. Diante disto, é necessário pesquisas sobre o tema acima referido para assim maior compreensão da realidade deste segmento da população que vive excluídos de direitos sociais assegurados na Constituição Federal.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- Compreender as condições e modo de vida de usuárias do Programa de Mastologia do HC que após enfrentar câncer de mama recebem o BPC.

4.2 Objetivos Específicos

- Descrever e analisar as condições de vida e verificar até que ponto o BPC atinge o objetivo de prover o sustento das necessidades das usuárias do Programa de Mastologia através da apreensão das suas condições de vida;
- Identificar elementos do modo de vida destas usuárias que recebem o BPC.

5. METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste estudo será abordagem qualitativa, que de acordo com Severino (2007) “refere-se ao conjunto de metodologias, envolvendo, diversas referências epistemológicas”. Terá caráter descritivo interpretativo.

A coleta de dados será realizada nos períodos de junho a julho de 2017, por meio de amostra que será constituída através de critérios de inclusão na pesquisa: dez mulheres que tiveram câncer de mama, usuárias do SUS, atendidas no Programa de Mastologia do HC, que tenham disponibilidade em participar da pesquisa; mulheres diagnosticadas com câncer de mama e em tratamento no Programa de Mastologia da UFG/ EBSEH entre os anos de 1996 a 2015 que recebem o BPC; mulheres residentes em Goiânia e Aparecida de Goiânia, visando desta forma, compreender as condições de vida, através de dados socioeconômicos, dados demográficos.

Para desenvolver a pesquisa, os instrumentos que serão utilizados será por meio de entrevista semiestruturada, com a utilização de roteiro prévio com caráter descritivo interpretativo da realidade a ser estudada, questionário sociodemográfico, assim como técnica de observação, sendo utilizado gravador de voz, ressalta –se que será mantido o sigilo do nome da usuária participante da pesquisa. Os dados da

pesquisa serão trabalhados por meio de análises das entrevistas e também análise de tabelas e gráficos.

A pesquisa de campo, terá início após o projeto ser cadastrado na Plataforma Brasil a fim de ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Instituição Proponente e ao Comitê de Ética do Hospital das Clínicas UFG conforme preconizado pela Resolução nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.

A partir da aprovação em ambos comitês será realizado contato telefônico com a mulheres que atendam os critérios de inclusão desta pesquisa, solicitando desta forma sua adesão à pesquisa, caso concorde em participar será solicitada a participante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), agendada visita domiciliar na casa da pesquisada para que seja realizada a entrevista. Ressalta-se que os dados pessoais telefone e endereço serão retirados do prontuário da paciente, após prévia autorização do setor responsável por manuseio de prontuário.

Utilizou-se como critério de exclusão: Indisponibilidade das mulheres para participar da pesquisa; mulheres diagnosticadas na rede de saúde privada; mulheres que não recebem o BPC; mulheres que receberam o diagnóstico de câncer em anos diferentes ao estudado pela pesquisa; mulheres com câncer de mama seguradas do INSS; mulheres acima de 65 anos, mulheres que residem fora de Goiânia e Aparecida de Goiânia.

A pesquisa será financiada com recursos próprios da pesquisadora.

5.1 Sujeito, local e amostra

A amostra analisada envolverá 10 mulheres que já tiveram câncer de mama até o ano de 2015, que recebem o BPC e continuam em acompanhamento no Programa de Mastologia do HC residentes em Goiânia e Aparecida de Goiânia.

5.2 Modelo da pesquisa

Pesquisa qualitativa, entrevista semiestruturada, construídas através de dados prévios elaboradas no processo de realização do questionário sócio

demográfico e literatura, a entrevista será gravada (áudio) e transcrita posteriormente.

5.3 Critérios de inclusão

- Disponibilidade das mulheres em participar da pesquisa;
- Mulheres diagnosticadas com câncer de mama e em tratamento anual no Programa de Mastologia da UFG/ EBSEERH entre os anos de 1996 a 2015 que recebem o BPC;
- Mulheres residentes em Goiânia e Aparecida de Goiânia;

5.4 Critérios de exclusão

- Indisponibilidade das mulheres para participar da pesquisa;
- Mulheres diagnosticadas na rede de saúde privada;
- Mulheres que não recebem o BPC;
- Mulheres que receberam o diagnóstico de câncer em anos diferentes ao estudado pela pesquisa;
- Mulheres com câncer de mama seguradas do INSS;
- Mulheres acima de 65 anos;
- Mulheres que residem fora do município de Goiânia
- Mulheres com metástase
- Mulheres em tratamento sistemático (mensal)

5.5 Coleta de dados

Os dados serão coletados através da realização de 01 (uma) visita domiciliar a cada participante, com duração média de 02 horas, será utilizado gravador de voz durante a realização da entrevista que será guiada por questionário sociodemográfico e também roteiro de entrevista semiestruturada para coleta de dados referentes aos dados socioeconômicos e modo de vida.

A coleta de dados será realizada nos períodos compreendidos entre junho e julho de 2017.

5.6 Análise de dados

Os dados da pesquisa serão trabalhados por meio de análise descritiva e interpretativo dos dados, análise de tabelas e gráficos no qual será possível evidenciar alguns aspectos relativos à temática, na perspectiva socioeconômica, condições de vida, permitindo, uma compreensão aprofundada sobre elementos relacionados ao recebimento do BPC.

5.7 Aspectos éticos

O projeto será cadastrado na Plataforma Brasil a fim de ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Instituição Proponente e ao Comitê de Ética do Hospital das Clínicas UFG conforme preconizado pela Resolução nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.

A partir da aprovação em ambos, será entregue a participante da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após lido e assinado dará início a coleta de dados.

5.8 Riscos e Benefícios

Riscos: Esta pesquisa poderá causar um desconforto/ constrangimento nas usuárias entrevistadas, durante a aplicação dos instrumentos de coleta de dados. Mas caso isso aconteça, será realizado encaminhamento para atendimento psicológico no Programa de Mastologia do referido Programa.

Benefícios: Esta pesquisa, poderá contribuir para que usuárias do SUS que participem da pesquisa, possam ter acesso a informações, relatar quais as barreiras, dúvidas que dificultam este acesso sobre seus direitos de cidadania, contribuindo com melhorias nas condições e modo de vida destas mulheres.

5.9 Resultados esperados e relevância do estudo

Espera-se com esta pesquisa demonstrar a relevância do problema que consiste em analisar as condições de vida das beneficiárias do BPC, e verificar até que ponto o BPC contribui para provimento das necessidades básicas destas mulheres e também analisar que mudanças ocorreram no modo e condições de vida destas mulheres.

6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados parciais da pesquisa serão divulgados na qualificação, posteriormente na defesa da dissertação, tendo como objetivo posterior publicação da dissertação em periódicos referentes ao Serviço Social. Será ainda apresentado aos sujeitos envolvidos no estudo após término da pesquisa.

6.1 Destino Final do Material

O material utilizado nas entrevistas, roteiro de entrevista, fitas de gravação de voz e transcrição das falas, serão lacrados em envelopes e arquivados por um período de 05 anos pela pesquisadora, após este período serão incinerados. Ressalta-se ainda que o material e os dados obtidos na pesquisa serão exclusivamente utilizados nesta pesquisa.

7 VIABILIDADE FINANCEIRA DO PROJETO

A pesquisa será feita com os próprios recursos da pesquisadora e envolverá os seguintes gastos:

MATERIAIS	VALOR GASTO
Mensalidade Mestrado	43.220
Papel para impressão	200,00
Tintas para impressora	300,00
Fotocópias	400,00
Livros	800,00
Participação Congressos	500,00
Transporte	1.200
Alimentação	1.500
Papelaria canetas, cadernos	85,00
Curso de Inglês Instrumental	3.000,00
Total	51.205,00

8 CRONOGRAMA

ANO 2016												
ATIVIDADES	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1. Levantamento Bibliográfico e Leitura		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1. Cursar Disciplinas		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2. Elaboração do Projeto			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3. Participação Eventos Científicos					x	x		x	x			
ANO 2017												
ATIVIDADES	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
4. Continuação das leituras	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
5. Submissão Plataforma Brasil			x									
6. Submissão Instituição Proponente				x								
7. Submissão ao CEP				x								
7. Coleta de dados, construção do banco de dados						x	X					
8. Digitação e análise dos dados						x	x	x				
9. Redação Preliminar								x				
10. Participação Eventos Científicos		x			x							
11. Continuidade construção da dissertação		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
12. Previsão para qualificação da dissertação									x			
13. Correções									x	x	x	

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Sueli Batista de. **A trajetória de mulheres com câncer de mama: uma proposta de estudo sobre prática avaliativa de integralidade no município de Volta Redonda / Sueli Batista de Almeida.** – 2009. 138f. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

ALVES, PC; MINAYO, M. C. S., orgs. **Saúde e doença: um olhar antropológico** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 174 p. ISBN 85-85676-07-8. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 14 de março de 2018.

BARROCO, M. L. S. **Ética e Serviço Social: fundamentos sócio-históricos.** São Paulo. 3. ed. Editora Cortez, 2010.

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

_____. BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BOBBIO, N. **Dicionário de política.** São Paulo: Imprensa Oficial, 2004.

BRANCO, F. **Mínimos de cidadania e Inclusão social: Contributos para análise do percurso e atualidades dos mínimos sociais em Portugal.** *In: Proteção Social de Cidadania. Inclusão de Idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal.* / Aldaíza Sposati (org). São Paulo: Cortez, 2004. p.57 a 76.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** São Paulo: IMESP, 1988.

_____. Decreto n. 94.657, de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do Programa de desenvolvimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS) e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília, p. 11503, seção I, 21/ jul/1987.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: Bases da ação programática.** Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.** Brasil, MS, 2001.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. **Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate.** *In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs.)*

_____. BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRUSCHINI,C. **O Trabalho da Mulher Brasileira nas décadas recentes.** Revista Estudos Feministas. v.2, n.3 out, Rio de Janeiro.1994.

_____. **Maternidade e trabalho feminino:** Sinalizando tendências. *In:* FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. Reflexões sobre gênero e fecundidade. Campinas: Núcleo de Estudos de População, Unicamp, 1999.

CAPELO, F. M. A. **A Integração do paciente dependente na família:** um estudo de caso num Centro de Saúde da área da Grande Lisboa. Monografia de Pós Graduação Lisboa/ Portugal, Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Universidade de Lisboa, 2000.

CARVALHO, C. S. U. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 87-96, 2008.

CARVALHO I. M. M; HAGUETTE, T. M. F (Organizadoras). **Trabalho e Condição de Vida no Nordeste Brasileiro**. São Paulo, Brasília: Ucitec/CNPQ, 1984.

CEARÁ. Instituto de Pesquisa e Estatística Econômica do Ceará (IPECE). Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/>. Acesso em: 14/12/2017.

CONH, A; NUNES, E; JACOB, P. R. et.Al. **A Saúde como um direito e um Serviço**. 2 ed. São Paulo: Cortez:2002.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Brasília DF, 2014

COSTA, K. S.; MORAIS, R. R. (org.). **Atenção integral à saúde da mulher- quo vadis?** Goiânia: Grupo Transas do Corpo/NESP/UnB, 2001.

COUTO, B. R. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira:** uma equação possível?. São Paulo: Cortez, 2006.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Contra a Corrente:** ensaios sobre democracia e socialismo São Paulo: Cortez, 2000.

DEMO, P. **Política social, educação e cidadania**. Campinas, SP: Papyrus, 1994.

DESLANDES, S. F. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

FERNANDES, H. J. Dissecando e desmistificando o câncer. *In:* BIFULCO, V. A; BIGAL, A. (Coord.). **Câncer:** uma visão multiprofissional. Barueri: Minha Ed. 2010.

GOMES, A. L. O benefício de prestação continuada: uma trajetória de retrocessos e limites: construindo possibilidades de avanços? *In:* SPOSATI, A. (Org.). **Proteção social de cidadania:** inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

GONZALEZ, Rey, Fernando. **Personalidade, saúde e modo de vida**. Tradução de Flor de Maria Vidarrune Lenz da Silva São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

GUARESCHI, N. M. F. et al. Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho

educativo. In: **Estudos e pesquisas em Psicologia**. RJ, Ano 7, nº 1, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvpspsi.org.br/pdf/epp/v7n1/v7n1a03.pdf> Acesso em 21/02/2018.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

LEVICOVITZ, E. **Transição X Consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS: Um Estudo Sobre as Reformas da Política Nacional de Saúde – 1974/1996**. Tese de Doutorado Apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ, Rio de Janeiro, 1997.

MARTINELLI, MariaLúcia (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999. p. 19-30.

MATOS, M. C. de. O Debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. N. 74. São Paulo: Cortez, julho de 2003.

MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org). **Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. 1. Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

_____. Integralidade e a Formação de Políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Construção de Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. 1. Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

MARTINS, J. de S. **O massacre dos inocentes. A criança sem infância no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1991.

MARX; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. Tradução de: José Carlos Bruni e Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: Hucitec, 1993.

MAYALL, R. **Linfangiopatias e hitopatologia**. In: Linfangites e erisipelas. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2000.

MENDES, A; CARVALHO, G; MARQUES, Rosa: **O Financiamento do SUS: Princípios, Série Histórica e Propostas**. Apostila do Curso de Capacitação Para Gestores Municipais de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo, 1998.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MESTRINER, M. L. **O estado entre a filantropia e assistência social**. São Paulo: Cortez, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. O desafio da pesquisa social. *In:* _____. (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores.

MIOTO, R. C. Família e Serviço Social – contribuições para o debate. *In:* **Serviço Social & Sociedade**, nº 55, São Paulo, Cortez, 2002.

MIRANDA, J. G. **Direito da Seguridade Social previdenciário, infortunistica, assistência social e saúde.** Rio de Janeiro: Elservir, 2007.

MOTA, A. E. **O Mito da Assistência Social:** ensaios sobre Estado, política e sociedade 2 ed. ver e ampl. São Paulo: Cortez, 2008.

NÉRI, M. C. **Retratos da deficiência no Brasil.** Rio de Janeiro: FGV; 2003.

NEVES, D. C. A. **Inserção precoce de mulheres pobres no trabalho doméstico:** um estudo de trajetórias. Tese (Doutorado em Serviço Social) Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

NETTO, José Paulo. **Transformações Societárias e Serviço Social** – notas para uma análise da prospectiva da profissão no Brasil. *In:* Serviço Social (50). São Paulo: Cortez, 1996.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R.C.T. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. *In:* MOTA, A. E; BRAVO, M.I. de S.; UCHÔA, R.; *et al.*, (orgs). **Serviço Social e Saúde.** Formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, ABEPSS. Cortez, 2006.

OSTERNE, M. S. F. **Família, pobreza e gênero:** o lugar da dominação masculina. Fortaleza: EDUECE, 2001.

PACHECO, A. L. P. B. **Mulheres pobres e chefes de família.** Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

PEREIRA, M.A.S.M. ARAÚJO, T.C.C.F. **Enfrentamento e reabilitação de portadores de lesão medular e seus cuidadores.** PSICO, Porto Alegre, v37 n. 1 jan/ abr. 2006.

PEREIRA, P. A. P. **Política Social:** temas e questões. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Necessidade Humanas:** subsídio á crítica dos mínimos sociais. São Paulo Cortez, 2000.

BRAVO, M. I. B; POTYARA, A. P. Sobre a política de assistência social no Brasil. *In: Política social e democracia*. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

RAICHELLIS, R. Assistência social e esfera pública: os conselhos no exercício do controle social. *In: Assistência Social e Sociedade Civil. Revista Serviço Social & Sociedade*, n. 56, ano XIX, São Paulo: Cortez, março 1998.

ROCHA, Sonia. **Pobreza no Brasil: Afinal, do que se trata?** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

SEM, A. **Desigualdade reexaminada.** Rio de Janeiro: Record, 2001.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico.** 23. ed São Paulo: Cortez 2007.

SILVA, J. A. **Curso de Direito Constitucional Positivo.** 18 ed. SP: Malheiros, 2000.

SILVA, N. L. da. A judicialização do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n111/a09.pdf> Acesso 11 fevereiro 2018.

SOARES, L. T. **Os custos do ajuste neoliberal na América Latina.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SPOSATI, A. O. **Os direitos (dos desassistidos) sociais/** Aldaiza Sposati, Maria do Carmo Falcão, Sônia Maria Fleury Teixeira. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **Proteção Social de cidadania:** inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TEIXEIRA, M.J.O.; NUNES, S. T. A Interdisciplinaridade no Programa de Saúde da Família: uma utopia? *In: BRAVO, M. I. S., et al. Saúde e Serviço Social*. 2. Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

TEIXEIRA, R.R. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. Construção da Integralidade:* cotidiano, saberes e práticas em saúde. 2. Ed. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: ABRASCO.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classe Subalterna e Assistência Social.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996

_____. Globalização, precarização das relações trabalho e seguridade social. *In: Assistência Social & Sociedade Civil.* Revista Serviço Social e Sociedade, n 56, ano XIX, São Paulo: Cortez, março, 1998.

VAITSAM, J. Saúde, cultura e necessidades. *In*: FLEURY, S. (Org.). **Saúde Coletiva?** Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relumê – Dumará, 1992.

WOORTMANN, K. **A família das mulheres**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1987.