

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO (UNILEÃO)
CURSO BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

MARIA EDUARDA DE ALBUQUERQUE ANDRADE

SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE ONCOLÓGICA: Como a Questão Social afeta o
processo de cura.

Juazeiro do Norte-CE

2023

MARIA EDUARDA DE ALBUQUERQUE ANDRADE

SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE ONCOLÓGICA: Como a Questão Social afeta o processo de cura.

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio - UNILEÃO, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Me. Sheyla Alves Dias

Juazeiro do Norte-CE
2023.2

MARIA EDUARDA DE ALBUQUERQUE ANDRADE

SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE ONCOLÓGICA: Como a Questão Social afeta o processo de cura.

Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio - UNILEÃO, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em 06 de Dezembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Me. Sheyla Alves Dias
Orientadora

Prof^a Jamille de Lima Vieira
Examinadora

Prof^a Jacsa Vieira de Caldas
Examinadora

Estudo sem pensamento é trabalho perdido; pensamento sem estudo é perigoso.

Confúcio

DEDICATÓRIA

Dedico este texto aos meus avos maternos, Josefa Borborema (in memoriam) e José Galdino (in memoriam), e a minha mãe Ana Paula, pelo papel ativo em minha educação e todo incentivo durante minha infância e adolescência. Este é o resultado de seus esforços e dedicação.

AGRADECIMENTOS

Na reta final do meu processo de graduação estou lembrando as pessoas que atravessaram o meu processo de aprendizagem e que foram de fundamental importância para minha formação, as pessoas descritas aqui formaram a Duda enquanto pessoa e a Eduarda profissional, bem como o trabalho monográfico desenvolvido.

Não poderia dedicar apenas este trabalho, mas todos os 4 anos de graduação a outra pessoa que não o meu avô materno, José Galdino, que desde a pré-escola me incentiva ao estudo, afirmando que a educação nunca se conclui. Cada processo, desde a alfabetização até a graduação, eu dedico ao senhor, o melhor matemático sem formação que eu tive a honra de conhecer.

Dedico este trabalho a minha avó materna, Josefa Albuquerque que o retrato da mulher nordestina que cuidou de todos durante sua vida, dos filhos, dos pais, dos sogros, dos netos e bisnetos, e na velhice se redescobriu enquanto mulher e que construiu a pessoa que venho me tornando.

A mistura entre José e Josefa gerou 9 maravilhosos(as) tias(os), dentre eles meus tios Roberto, Gilberto, Lan, "Careca" e o meu padrinho Ivanilson, o meu maior exemplo de homem, ética e honestidade, as minhas tias Lourdes, Marlene e Socorrinha.

Agradeço ainda a minha madrinha Michelle que está presente em tantos momentos de grande importância para minha vida e foi o suporte de minha família dos momentos mais difíceis, assim como meu primo/irmão Rennan Albuquerque, que apesar de ser alguém tão distinto de mim, é essencial na minha vida.

Meus agradecimentos às pessoas que a faculdade me permitiu conhecer, dentre os meus nove colegas que me acompanharam até o último dia, em especial a minha dupla, Yasmim Katarine que esteve comigo durante estes 4 anos e não me largou desde então, obrigada por compartilhar os momentos de surto, tristeza e felicidades.

E a Renan Sales que contribuiu para manter minha essência, me dando incentivo diário com a leitura de materiais e revisando juntamente a mim cada capítulo finalizado.

Agradeço à minha orientadora e professora a Prof^a Me. Sheyla Alves Dias por aceitar conduzir o meu trabalho de pesquisa.

Por fim devo minha formação e a vida à minha mãe, Ana Paula, um exemplo de mãe solo que enfrentava muitos turnos, para permitir que eu vivenciasse este momento. E para completar nossa família preciso agradecer às minhas queridas Belinha (in memoriam), Pompom (in memoriam), Lia, Nina e Lua, estas são as cinco criaturas mais dóceis e gentis que passaram pelo meu caminho, que me mantêm bem e são a fonte mais pura de amor e carinho dedicados a mim.

Aqui encerro meus agradecimentos a todos os descritos, que de alguma forma me guiaram até onde estou e chegarei, obrigada por acreditarem em mim e não medirem esforços para me verem feliz.

RESUMO

O presente trabalho monográfico trata sobre o câncer e os efeitos adversos ocasionados pela Questão Social, bem como as políticas de cunho social que se relacionam para amenizar as expressões derivadas da relação conturbada entre os fatores apresentados. Para nortear a pesquisa foi delimitado como objetivo central, desvelar quais são as expressões sociais que afligem os pacientes oncológicos e como as legislações não chegam a essa parcela da população mais vulnerável em tratamento. Dessa forma, foram traçadas especificações imprescindíveis para alcançar o objetivo proposto, a primeira delas é compreender criticamente os aspectos atrelados a vida social que afetam e dificultam o processo de cura de pacientes oncológicos; entendendo respectivamente os atravessamentos para efetivação do tratamento, entre a Questão Social e a vertente fisiológica, de acordo com as articulações multiprofissionais no âmbito hospitalar, sem deixar de escanteio as ações desenvolvidas para diminuir as desigualdades de acesso à possibilidade de cura. Para abranger o que foi estabelecido como primordial ao estudo, se utilizará de pesquisa bibliográfica, por meio de materiais publicados, em revistas, bibliotecas virtuais e físicas, livros, artigos, legislações, documentos e demais veículos confiáveis de informações, todos reconhecidos pela comunidade acadêmica por sua contribuição positiva para o meio ao qual se destina. Portanto, após o entendimento de que a sociedade vivencia um momento de desmonte de Políticas Públicas a análise será facilitada quando se trata de que a Questão Social floresce e adota novas expressões que impactam diretamente da efetivação da cura de pacientes com câncer, sejam no acesso ao diagnóstico precoce, ao tratamento e/ou as condições de sobrevivência minimamente compatíveis a complexidade da doença.

Palavras-chave: Questão Social. Oncologia. Política Pública.

ABSTRACT

This monographic work deals with cancer and the adverse effects caused by the Social Question, as well as the social policies that are related to alleviate the expressions derived from the troubled relationship between the factors presented. To guide the research, the central objective was to reveal the social expressions that afflict cancer patients and how legislation does not reach this part of the most vulnerable population undergoing treatment. In this way, essential specifications were drawn up to achieve the proposed objective, the first of which is to critically understand the aspects linked to social life that affect and hinder the healing process of cancer patients; respectively understanding the crossings for effective treatment, between the Social Issue and the physiological aspect, in accordance with multi-professional articulations in the hospital environment, without neglecting the actions developed to reduce inequalities in access to the possibility of cure. To cover what was established as essential to the study, bibliographical research will be used, through materials published in magazines, virtual and physical libraries, books, articles, legislation, documents and other reliable vehicles of information, all recognized by the academic community for its positive contribution to the environment for which it is intended. Therefore, after understanding that society is experiencing a moment of dismantling of Public Policies, the analysis will be facilitated when it comes to the Social Issue flourishing and adopting new expressions that directly impact the effective cure of cancer patients, whether in access to early diagnosis, treatment and/or survival conditions minimally compatible with the complexity of the disease.

Key words: Social issues. Oncology. Public policy.

LISTA DE SIGLAS

BPC - Benefício de Prestação Continuada;

CAP's - Caixas de Aposentadorias e Pensões;

CDSS - Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde;

CNCTPPC - Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer;

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde;

FOSP - Fundação Oncocentro de São Paulo;

IAP's - Institutos de Aposentadorias e Pensões;

INAMPS - Instituto nacional de assistência médica da previdência social;

INCA - Instituto Nacional de Câncer;

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social;

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social;

LOS - Lei Orgânica de Saúde;

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde;

NOB - Normas Operacionais Básicas na saúde;

OMS - Organização Mundial de Saúde;

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública;

SINPAS - Sistema Nacional de Assistência e Previdência social;

SUAS - Sistema Único de Assistência Social;

SUS - Sistema Único de Saúde;

TFD - Tratamento Fora do Domicílio.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I: CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE ONCOLÓGICA NO BRASIL	14
1.1 Arcabouço sócio-histórico canarinho: entre conquistas e declínios.....	14
1.2 Confluência entre vida social e a formulação da política de saúde.....	24
CAPÍTULO II: COMO OS ATRAVESSAMENTOS ENTRE A QUESTÃO SOCIAL E A VERTENTE FISIOLÓGICA CORROBORAM NA AMPLIAÇÃO E ARTICULAÇÃO DE LEGISLAÇÕES	31
2.1 A Questão Social como inviabilizadora direto no processo fisiológico de cura	31
2.2 Diligência para efetivar o sumário direito à vida: Uma análise legislativa.....	40
CAPÍTULO III: CONSIDERAÇÕES ACERCA DA CONSOLIDAÇÃO DE POLITICAS PÚBLICAS DE SEGURIDADE SOCIAL: EFETIVIDADE NA REALIDADE DA PESSOA COM CÂNCER	47
3.1 Aspectos metodológicos	47
3.1.1. Fases de produção do trabalho	49
3.1.2. Tipificação do material utilizado	50
3.2 Articulação entre o tripé da seguridade social e as legislações vigentes.....	51
3.3 “Tinha uma pedra no meio do caminho”: Como o viés burocrático inviabiliza o acesso a direitos.....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	6

INTRODUÇÃO

Considera-se com muita frequência a respeito da saúde e das enfermidades atribuídas a ausência da mesma, em especial o câncer, por ser um conjunto de várias enfermidades que tem como característica comum o crescimento patológico e desordenado de células que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos, destruindo células saudáveis. Isto se dá em decorrência da gravidade da enfermidade, bem como a frequência que tende a atingir a sociedade, sendo não apenas uma preocupação da população, mas de profissionais da saúde, especialistas, pesquisadores e entidades nacionais e internacionais.

Em primeira instância, é válido ressaltar que a saúde é internacionalmente reconhecida como um fenômeno polissêmico e biopsicossocial, ou seja, sua plenitude somente poderá ser alcançada perante uma compreensão da fisiologia do corpo humano, do psicológico e sobretudo das relações sociais inerentes a todos os seres sociáveis, analisando as particularidades de cada indivíduo, para que assim alcance o bem-estar na sua completude. Por seu viés polissêmico é que a saúde é estudada por várias ciências e por diversas visões distintas, tais como: antropologia, biologia, psicologia, sociologia e entre outras.

Consonante as ideias supracitadas, a sociedade canarina hodierna vivencia um momento econômico e político respaldado pelo capitalismo, sofrendo com frequentes modificações nas relações sociais, as quais enfrentam diariamente expressões da Questão Social e que adotam novos formatos e/ou se modificam de acordo com o avanço capitalista e as modificações cíclicas da sociedade. Portanto, a saúde instituída nos países capitalistas é atravessada por impasses que não são apenas problemas sociais, mas expressões sociais. Sendo assim, a análise da saúde como Questão Social é imprescindível para desvelar situações relacionadas ao avanço de neoplasias associadas ao ceifamento de copiosas vidas de comunidades vulneráveis.

Destarte, a frequência do câncer e taxa de letalidade das doenças relacionadas, estão frequentemente associadas a situações de vulnerabilidade social da comunidade, visto que apesar do avanço das tecnologias na área, tanto no âmbito do diagnóstico como nas vastas possibilidades de tratamento, a enfermidade continua tendo uma alta taxa de mortalidade, isto se deve ao acesso desigual aos meios que possibilitam a cura.

Tendo em vistas os aspectos apresentados são utilizados subterfúgios que permitam o amplo acesso à saúde, sem sanar o seio dos problemas, agindo de forma superficial, estas são as conhecidas Políticas Públicas, que se caracterizam como serviços prestados a comunidade em geral ou apenas aqueles que necessitam. As políticas voltadas às pessoas com câncer fazem parte de um arsenal de legislações que constituem a saúde pública brasileira e que almejam facilitar o acesso à saúde pública de qualidade e de forma universal, porém estas em sua essência e unidade não são capazes de garantir o que propõem.

A ausência de eficiência das Políticas Públicas de Saúde, se dá em virtude das expressões sociais, visto que estas fazem parte de todos os meios da vida em sociedade, sendo um conjunto de questões monetárias, sociais e sobretudo relacionadas à subsistência. Sendo assim, para aliviar tais problemáticas e facilitar o acesso das pessoas à cura é necessário a articulação de um conjunto amplo de Políticas Públicas que compõem a seguridade social, sendo elas: Assistência Social, Previdência Social e Saúde.

Erigidas da Questão Social, a seguridade social é instituída pela Constituição Federal de 1988, a qual norteia a ordem social e instaura um sistema ordenado composto pelo tripé anteriormente destacado, o qual deve ter como princípio primordial a intersetorialidade entre estes. Entretanto, a intersetorialidade não é uma realidade canarina, e para compreender este enredo é preciso imergir no histórico das Políticas Sociais no Brasil, que eram baseados em filantropia, como a assistência social; na extrema centralidade, como a previdência social e/ou no caso da saúde; na salvação da alma por meio da extrema união para os miseráveis e na saúde precária para os trabalhadores formais.

As modificações históricas são resultado das reivindicações da classe trabalhadora e das crises cíclicas do capital, que culminaram na ampliação da intervenção do Estado na sociedade, por meio do modelo capitalista de Estado de Bem-Estar Social, cuja Constituição brasileira em vigor bebeu de seus fundamentos. Contudo, antes da efetivação do que a constituinte rogava o Estado brasileiro foi abalado pelo neoliberalismo que diminui ao máximo as intervenções estatais, retomando aos princípios fundantes do capitalismo.

A ascensão do neoliberalismo ocasionou o desmonte das Políticas Públicas e minimizou o alcance das mesmas, para isso foram utilizados alguns artifícios para burlar o que estava instituído no capítulo referente à Ordem Social, os quais podem

ser compreendidos enquanto a burocratização do acesso, à ausência de intersetorialidade entre o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), e a ameaça quanto às reformas e privatizações, característica marcante dos governos neoliberais.

Tais modificações têm influência direta no processo de cura oncológico, visto que as expressões sociais se acentuam e não há subterfúgios para suprir a necessidade exposta pelos pacientes e as alternativas existentes são alvos de burocracia, longas filas e da ausência de democratização da informação quanto aos direitos dos pacientes com câncer e de seus acompanhantes.

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo explanar como a Questão Social é um vetor ativo na inviabilização da cura, por meio de imposições no acesso ao tratamento oncológico e retardar o diagnóstico de câncer, bem como sendo um dos fatores que proporcionam a maior taxa e possibilidade de ocasionar o câncer.

Para alcançar o entendimento pleno do tema proposto, será explanado a nível introdutório a trajetória histórica da Política Pública de Saúde no Brasil, bem como a Questão Social se demonstra na realidade, adentrando de forma veemente no tema será descrito como as expressões sociais se desembocam na saúde oncológica e as legislações que foram previstas para amenizá-las, em consonância ao exposto ao longo do tema, o último capítulo será feita uma retrospectiva sendo composta pela articulação ideal entre o tripé da seguridade social e a realidade dos acompanhantes e pacientes com câncer, expondo as primordiais pedras no caminho da cura.

CAPÍTULO I - CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE ONCOLÓGICA NO BRASIL.

É inegável que para compreender o contexto atual dos facilitadores de acesso ao tratamento oncológico, é imprescindível assimilar o contexto histórico brasileiro em que se deu a implementação de uma rede de assistência à saúde pública, gratuita e de qualidade, o conceito ampliado que possibilitou sua implementação, as políticas econômicas e sociais que permitiram sua efetivação, e as vastas legislações que a asseguram, envolvendo e traçando normas obedecidas pelos setores público e privado, para que dessa forma a saúde possa ser assim entendida de maneira crítica, ampla e assertiva como um direito constitutivo de todos os cidadãos brasileiros.

É notório que a Constituição Federal de 1988 trouxe avanços indescritíveis para a sociedade canarina, sendo a principal descrita no artigo 196, o qual prevê que “a saúde é um direito universal de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988, p.118), cuja mesma deve ser garantida por meio da formulação de políticas econômicas e sociais que visem a redução e recuperação de enfermidades, além do acesso universal e igualitário aos serviços e ações de promoção, proteção e recuperação.

Sendo então expressa constitutivamente a necessidade de uma política voltada exclusivamente para a saúde dos indivíduos, contudo esta política de saúde pública contém um histórico amplo de revoltas e reivindicações, dessa forma faz-se necessário imergir no contexto histórico do Brasil, visto que a história do câncer não está deslocada do contexto de formulação da política de saúde, pelo contrário, apenas pode ser entendida com base na contextualização geral.

1.1 Arcabouço sócio-histórico canarinho: entre conquistas e declínios

Consonante as ideias supracitadas, faz-se necessário compreender o contexto que permitiu a formulação da política de saúde pública hodierna e que rege a disponibilidade de tratamentos relacionados à oncologia, sendo assim é preciso imergir no cenário histórico brasileiro e mundial, regredindo a séculos passados que são anteriores à intervenção estatal na sociedade capitalista e quais ações desenvolvidas ao longo do tempo permitiram a instituição da política ligada ao SUS, bem como compreender os avanços voltados a área.

Acerca dos anos que compreendem a idade média, o filósofo francês Michel Foucault, em sua obra intitulada, *Microfísica do Poder*, disserta em um dos capítulos sobre o papel social de entidades que na hodiernidade são associadas à saúde:

O hospital que funcionava na Europa desde a Idade Média não era, de modo algum, um meio de cura, não era concebido para curar [...] era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. (FOUCAULT, 2012, p.174)

A visão sobre o hospital e a saúde, foi se modificando em meados do século XVIII, visto que a assistência à saúde era exercida por um viés filantrópico, cujos equipamentos de saúde não eram associados a espaços de cura, mas a segregação, a salvação da alma e posterior morte do sujeito, e as instituições de saúde conhecidas hoje eram tidas como “morredouros” para os pobres, que propiciavam a salvação da alma por meio da extrema unção ofertada pelos clérigos, assim como a salvação da alma daqueles que trabalhavam e faziam “obras de caridade” nestes espaços.

O século XIX, é marcado por grandes mudanças políticas e econômicas, visto que é neste momento histórico que o feudalismo é substituído pelo modo de produção capitalista, que por sua vez altera o funcionamento da sociedade, e a partir deste momento a Igreja Católica diminui sua hegemonia nos principais países que compõem o globo terrestre e que adotaram o novo sistema.

De acordo com estas modificações o Estado pegou para si algumas obrigações relacionadas à saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a efetivação de campanhas de vacinação, como ilustração se tem a imunização compulsória das crianças contra a varíola. Foi neste período que a saúde se tornou uma Questão Social e gerou reivindicações fervorosas por parte da nascente classe trabalhadora, possibilitando mudanças radicais nas intervenções voltadas à saúde pública.

No alvorecer do século XX, concorda-se com Braga quando o mesmo afirma que neste momento histórico “a saúde emerge como questão social no Brasil [...] no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado” (BRAGA; PAULA apud BRAVO, 2009, p. 90), visto que o êxodo rural se acentua e os recém chegados se instalam em cortiços na grande capital da época, Rio de Janeiro, que era vista como

o retrato do Brasil e por ser essa figura de grande imponência, era preciso retirar os recém chegados destes centros, dando início ao processo de favelização.

Como subterfúgio utilizado para a desapropriação dos cortiços, utilizou-se a nova epidemia em ascensão, causado pelo vírus da varíola, mas na verdade o real interesse seria embelezar o centro urbano e proporcionar um visual digno a um polo propício ao comércio e consumo capitalista. Destarte o método de erradicação da varíola adotado, baseado na higienização dos grandes centros urbanos agrava a enfermidade, visto que a população proletária se encontrava em situações insalubres e em um amontoado de pessoas, favorecendo o contágio.

Com o advento da vacina, foi enxergada uma segunda alternativa de estagnar a epidemia que se alastrava na capital, e foi assim instituído a todos os moradores do estado a obrigatoriedade da vacinação, contudo a campanha não tinha um caráter informativo e à ausência de informações acerca do medicamento preventivo, gerou uma rebelião e assim se iniciou a revolta intitulada de “Revolta da vacina”¹, a qual foi tratada como caso de polícia, gerando o confronto físico entre profissionais da defesa municipal e os manifestantes.

Após a erradicação da varíola, ocorrida em 1918 os erros cometidos anteriormente, se repetiram, porém dessa vez com foco em outro centro urbano, o estado de São Paulo, cuja doença era a gripe espanhola, a qual juntamente com a ausência de uma saúde pública eficaz e saneamento básico, culminou no extermínio de milhares de brasileiros². Sendo que estas cíclicas epidemias não eram acometidas apenas ao Brasil, mas aos países da América do Sul como um todo, podendo ser ilustradas como as doenças já evidenciadas acima e com a tuberculose e o cancro³.

A ausência de estudos e resultados concretos, possibilitaram que as neoplasias fossem entendidas por sua “natureza endêmica”, cuja ideia persistiu até meados do século XX e por isso os casos que surgiam ficavam à mercê da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, a qual tinha como principal atribuição a desinfecção dos domicílios onde estivesse ocorrido óbitos com suspeita de câncer, para que assim evitasse a possibilidade de contágio. Até este momento, as ações

¹ Surge com um caráter político, que a população em questão já se encontrava exaurida dos ditames políticos na época, fragilizadas pela perda de suas moradias, mortes constantes, a presença constante de doenças e o descaso estatal. Segundo o Centro Cultural do Ministério da Saúde, a revolta culminou em 945 prisões, 110 feridos e 30 mortos.

² Estima-se que 530 mil habitantes tenham ficado doentes, seria o equivalente a um terço da população paulistana da época, como resultado 2,5% dos infectados foram a óbito, ou seja, 5 mil paulistanos.

³ Palavra comumente utilizada no período para se referir ao câncer.

oncológicas se baseiam apenas na profilaxia e na tentativa de evitar a propagação, devido ao seu caráter infeccioso.

Com base nos aspectos evidenciados acima é possível analisar que o histórico brasileiro é marcado por crises sanitárias e epidemiológicas, que o Estado com faces capitalista, trabalha em favor da classe dominante, tendo a preocupação de tratar, não prevenir, com isso inúmeros trabalhadores no decorrer das décadas entraram em greve para reivindicar um sistema público e eficaz de saúde, assim como outras pautas trabalhistas amplamente difundidas. Tendo o intuito de amenizar o conflito entre classes, foi criado um sistema previdenciário intitulado de: Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAP's em 1923, que advinha de uma iniciativa da União, grandes empresas empregadoras e os empregados, sendo financiadas por eles.

As CAP's tinham como finalidade legalizar iniciativas já existentes dos trabalhadores, as quais garantiriam pensão em caso de acidente ou afastamento do trabalho por motivos de saúde, futura aposentadoria por tempo de serviço, velhice ou invalidez, auxílio-funeral, fornecimento de medicamentos e assistência médica-curativa, dando margem para um futuro reconhecimento das questões levantadas pela classe proletária. É válido ressaltar que elas eram organizadas por empresas e por isso só grandes corporações conseguem mantê-las.

É neste contexto que surgem as iniciativas pioneiras de controle do câncer no Brasil, porém a exclusividade era voltada ao diagnóstico e posterior tratamento, dando-se pouca ênfase à prevenção da enfermidade. Tendo em vista este foco, em 1924, ocorreu o II Congresso Brasileiro de Higiene, o qual no decorrer de sua execução fez um comparativo entre a tuberculose e as neoplasias malignas, cuja tuberculose vivia uma fase de declínio e a mesma era inversamente proporcional ao período vivenciado pelo câncer, tendo evidências que demonstrava o aumento gradual do nível de mortalidade caso nenhuma medida fosse adotada.

Ainda na década de 1920, os riscos e perspectivas agravantes acerca do câncer elucidadas no Congresso, alarmou o médico Carlos Chagas, diretor da Divisão Nacional de Saúde, que foi de extrema relevância por difundir entre a comunidade médica a regulamentação sanitária e fixar cláusulas para a disputa contra o câncer, dando vazão para uma reforma que recebeu seu nome em 1921. O doutor Carlos Chagas, fixava em uma de suas cláusulas a necessidade de se armazenar estatísticas sobre as neoplasias e o incentivo às notificações.

Posteriormente, Getúlio Vargas alcança o Poder Executivo da Federação, na década de 1930, e instaura no Brasil um processo de industrialização gerando a intensificação do êxodo rural, e conseqüentemente o aumento repentino do público operário, as cidades principais do capitalismo industrial não estavam preparadas para receber este contingente de pessoas, com isso a massa trabalhadora vivencia situações precárias de higiene, saúde e habitação. Com isso, as expressões sociais impostas na década de 1920 se intensificam e as reivindicações se tornam maiores e mais frequentes, sendo necessário a sofisticação das intervenções.

Com base no que foi exposto sobre a década de 1930, iniciou-se a transformação das estruturas de saúde em questão política, com a intervenção do Estado, devido esta necessidade foi instaurado um novo ministério, o Ministério da Educação e Saúde, que se teve uma mínima organização dos Departamentos de Saúde e da criação de Instituições. A saúde então passa a ser segmentada em dois setores, o da Saúde Pública e o de Medicina Previdenciária. A Saúde Pública basicamente organizava campanhas sanitárias, para o combate de endemias, sendo assim pode-se parafrasear Gilberto Hochman, o qual afirma que o Estado Novo atualizou, renovou e inovou a “herança sanitaria” da Primeira República (HOCHMAN, 2005, p. 137).

A Medicina Previdenciária distingue-se da Saúde Pública, pois era representada pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAP's, que objetivavam a substituição das CAP's, seus recursos advinham da contribuição dos trabalhadores e que sumariamente eram desviados e aplicados no financiamento da industrialização brasileira, ou seja, a saúde era colocada em segundo plano. O sistema de saúde no IAP's funcionava a partir da compra de leitos e serviços hospitalares em Instituições Privadas de Saúde, este mecanismo se prolongou até a Constituição Federal de 1988, com o SUS.

Ainda sobre o governo ditatorial de Vargas foi implementado o Serviço Especial de Saúde Pública - SESP no decorrer da Segunda Guerra Mundial, conveniada ao governo americano, por meio da Fundação Rockefeller. O SESP, tinha como intuito fictício combater epidemias em regiões interioranas e de difícil acesso, como as tribos indígenas no interior da Floresta Amazônica, ao mesmo tempo que forneciam serviços de saúde a esta população era efetivado o real motivo para adentrar a floresta, extrair matérias-primas da fauna tupiniquim no decorrer das expedições,

como a borracha, a qual era de extrema necessidade na fabricação de insumos utilizados na guerra.

Neste período foi instituído, em 1937, o Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal (Rio de Janeiro), que atualmente foi renomeado como: INCA, se tornando um grande avanço para desvelar a doença, anteriormente conhecida como uma “moléstia geraes” (MESSORA, 2015), essa designação se tratava de um conjunto de doenças que não mereciam um estudo específico. A Fundação da antecessora do INCA, foi de extrema relevância para o desenvolvimento de entidades, pesquisas e o interesse geral por desenvolver um tratamento contra a neoplasia, tais como a efetivação de um Serviço Nacional de Câncer, o atendimento ambulatorial.

Em outra instância, é válido ressaltar o Golpe ocorrido em 1964 e que implantou a Ditadura Militar no país, representou grandes mudanças no cenário canarinho e afetaram diretamente a intervenção no seio das expressões sociais, visto que segundo Bravo, foi adotada uma política de assistência-repressiva, sendo as políticas públicas ampliadas, burocratizadas e modernizadas, com o intuito de manter um poder de regulação sobre a classe proletária, suavizar as tensões sociais e trazer legitimidade a ditadura instaurada. (BRAVO, 2009, p.93)

Foi neste momento conturbado historicamente e socialmente que houve a unificação das políticas previdenciárias, assistenciais e de saúde em uma única instituição, o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, após sua ascensão é notório o sucateamento da saúde, pela verba desviada a obras faraônicas nunca finalizadas e a corrupção tão presente neste momento histórico. Os aspectos apresentados contribuíram para a falência do sistema de saúde, assim como o incentivo à construção de hospitais privados, cujos mesmos não disponibilizaram leitos gratuitos à população em geral.

Ainda neste contexto de extremo controle social, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência - INAMPS foi idealizado um sistema que precede a seguridade social, visto que seus órgãos básicos são a saúde, previdência e assistência social, incluindo os trabalhadores rurais no direito à saúde pública. Uma observação relevante é a de que tais políticas de saúde eram voltadas apenas a trabalhadores formais, ou seja, aqueles sem vínculo empregatício não detinham o acesso à saúde e deviam recorrer às Santas Casas de Misericórdia, instituições filantrópicas que forneciam um atendimento médico precário.

No bojo de acontecimentos que exauriram a Saúde Pública, foram implementadas diversas campanhas, serviços e instituições voltadas a reduzir os índices de mortalidade por câncer, contudo os efeitos foram ineficazes comparado ao almejado apesar da amplitude nacional e importância dos programas, devido à ausência de recursos financeiros, que eram desviados a instituições privadas de saúde, o por exemplo INCA, é desvinculado do Ministério da Saúde e passa a integrar o Ministério da Educação e Cultura, sendo administrado pela Fundação Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, acerca desta mudança o na época Superintendente da Campanha Nacional de Combate ao Câncer e Diretor da FOSP, Edmur Flávio Pastorello afirma:

[...] o câncer era um problema de saúde pública [...] um problema fundamentalmente hospitalar. Nessa medida, haveria que se recuperar o INCA, o que passava por uma redefinição da rede hospitalar do Ministério da Saúde [...]. (BODSTEIN et al, 1987, apud BARRETO, 2005, p. 270)

Ainda neste período de Ditadura, é válido elencar que o milagre econômico⁴ foi marcante na década de 1970, trazendo consigo o entusiasmo dos povos tupiniquins, porém esse processo foi a decadência por não trazer os benefícios almejados a população, principalmente referente aos avanços econômicos. No que tange o viés hospitalar era alarmante o contingente de pessoas desassistidas, em decorrência do que foi ressaltado anteriormente, a falta de investimentos e a vasta procura.

Destarte, a década de 1980 foi tida como a “década perdida”, pois foi acometida dos reflexos do “milagre econômico”, ou seja, altas taxas de desemprego, inflação e medidas recessivas, tendo como consequência o aumento significativo de pessoas em situação de extremo pauperismo, entretanto a sociedade canarina também vivenciava um momento de grande relevância histórica e social, o processo de redemocratização, superando e o regime ditatorial imposto em 1964, contudo os militares deixaram o poder junto a uma vultosa crise.

A esperança reinava no solo brasileiro e junto a ela surgiu a necessidade de construir uma constituição adequada ao novo momento histórico, a qual deveria ser construída de forma democrática, com a participação da sociedade civil organizada,

⁴ Corresponde ao crescimento econômico entre 1968 à 1973, durante o governo do militar Emílio Garrastazu Médici. Ficou caracterizado pela aceleração do crescimento do PIB (Produto Interno Bruto), industrialização e inflação baixa, bem como intensificou as características capitalistas de concentração de renda, corrupção e exploração exacerbada da mão de obra.

e a saúde era um dos principais pilares discutido ativamente em todas as vertentes da sociedade, deixando de ser uma temática apenas técnica, mas do interesse comum a toda sociedade canarina.

Em 1986, é realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual foi um fator marcante para a discussão da questão saúde, a qual traz a luz do conhecimento acerca do conceito ampliado em saúde, compreendendo-a como fenômeno 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. Sendo assim, o conceito ampliado em saúde é formulado como:

Sendo 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. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Anais da 8ª CNS, 1986).

Portanto, pode-se estabelecer que o fator estar saudável perpassa copiosos âmbitos da vida humana, como o bem-estar físico, psicológico e social do ser e segundo a Organização Mundial de Saúde, não apenas ausência de doença, sendo que todos os estes devem ser alvos da atenção do poder público que irá propor e executar políticas relacionadas à saúde da população. A conferência detém copiosa notoriedade na área de direitos relacionados à saúde, visto que contou com a participação ativa da sociedade civil, sendo os participantes representados por: Moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais e parlamento.

Em 1988, por meio de participação popular foi aprovada a Constituição Federal, a qual se utiliza do que foi estabelecido na VIII Conferência Nacional de Saúde para garantir o direito à saúde por meio de políticas sociais e econômicas, instituindo o Sistema Único de Saúde - SUS, integrada ao tripé que constitui a Seguridade Social, juntamente a assistência e previdência social. A Carta de Maceió em 2000 define a Seguridade Social como um grande avanço referente à proteção social e ao atendimento das históricas reivindicações da classe trabalhadora, ainda sustentando os direitos previstos no Art. 6º da referida Constituição (CFESS, 2000).

É neste contexto que o INCA, reacende com grande relevância no aspecto oncológico, contratando uma equipe de técnicos especializados para criar e instaurar inúmeros projetos que foram idealizados, tais como: o Centro Nacional de Transplante

de Medula Óssea, permitia aos pacientes oncológicos recebessem o tratamento adequado no Brasil, visto que anteriormente estes procedimentos só eram passíveis de efetivação no exterior. Foi neste momento que também se formalizou a efetivação dos registros hospitalares dos casos de câncer, mais especificamente em 1983, mesmo o alerta da importância de notificações ter sido pontuada em 1924.

Ainda sobre esse aparato que sustentava a saúde oncológica foi instaurado em 1996 a Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer - CNCTPPC, tendo como atividades programáticas capacitar profissionais, elaborar folhetos, livros didáticos, cartazes, adesivos sobre o assunto, e desenvolver pesquisas, prestar assessoria técnica nos projetos de lei relacionados ao tabagismo. O CNCTPPC teve êxito em sua atuação e seu trabalho foi reconhecido internacionalmente, tendo um resultado positivo, visto que o INCA foi convidado pela OMS para comandar todas as ações de controle do tabagismo nos países de língua portuguesa e espanhola.

Entretanto, é apenas em 1990, que o Congresso Nacional aprova a Lei Orgânica da Saúde - LOS, Lei nº 8.080 de 19 de setembro, a qual "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes" (BRASIL, 1990) , neste documento é detalhado o funcionamento do sistema e institui os preceitos que seguem até a atualidade, articulada meses posteriores a outra Lei Orgânica da Saúde nº 8.142 de 28 de dezembro, a qual "Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde"(IDEM, 1990).

Destarte, a Lei nº 8.142 oferta legitimidade às representações dos governos estaduais, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, e os municipais, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, instituindo os Conselhos de Saúde, atuando como um controle social e como uma instância colegiada, deliberativa e permanente no SUS, integrando sua estrutura organizacional, tendo como missão fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas referentes à saúde nas suas mais diferentes áreas, levando as demandas da população ao poder público.

Consonante ao cenário supracitado, foi estruturado o arcabouço jurídico do sistema, validando a saúde universal prevista na Constituinte, não se isentando de impasses e dificuldades na sua execução, por este motivo existem as NOB-SUS as

quais têm como objetivo primordial aprofundar e reordenar a execução do SUS, reatualizando o pacto pela saúde como “direito de todos e dever do Estado”, buscando alternativas para os problemas e impasses que se apresentam.

Não obstante é necessário compreender ainda que os movimentos históricos que propiciaram a formulação do SUS são unificados com um objetivo, a Reforma Sanitária, a qual teve como resultado a implementação de um sistema de saúde voltado ao direito da população a saúde gratuita e de qualidade, porém a mesma não está isenta de dificuldades em sua efetivação, visto que a partir da década de 1990 é implementado no Brasil um novo modelo capitalista voltado a privatização e diminuição da intervenção estatal na sociedade, com isso desde o seu surgimento o SUS tem encontrado no cotidiano, impasses promovidos pelo viés antagônico proposto a ele, o qual se deve aos dois projetos instituídos, sendo representados pela Reforma Sanitária e o Neoliberal.

Devidos aos fatos apresentados, no documento Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política da Saúde, são elencados alguns impasses enfrentados pela população:

A desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. (CFESS, 2010, p.21)

Os exemplos apresentados servem de ilustração para compreender como os objetivos e metas estabelecidos pela Reforma Sanitária não são concretizados na realidade, apesar do Sistema Único de Saúde basear suas legislações no mesmo. Sendo assim pode-se estabelecer que o SUS real tem na sua implementação uma alta disparidade com o SUS constitucional, visto que o mesmo não foi implementado como direito de todos, mas destinado àqueles que não tem subsídios que permitam seu acesso à rede privada de saúde. É válido que, assim como nas epidemias que se fixaram no Brasil, o câncer também aflige mais severamente as comunidades vulneráveis, visto que por diversos fatores sociais estes sujeitos não acessam amplamente os serviços de prevenção, proteção e recuperação da saúde.

1.2 Confluência entre vida social e a formulação da Política de Saúde:

É de fundamental relevância, compreender que o gradual desenvolvimento de políticas sociais, não ocorreram de forma repentina, mas que conforme o histórico brasileiro anteriormente destacado, foi resultante das reivindicações de movimentos sociais, cujos proporcionaram o desenvolvimento do SUS, uma Política de Saúde inclusiva, equânime, universal e integral. Destarte, os aspectos destacados proporcionaram avanços na formulação de legislações que hodiernamente compõem o aparato de leis que regulamentam o tripé da Seguridade Social.

É de conhecimento geral que os movimentos sociais são resultado da mudança de sistema, do feudalismo para o capitalismo, ocorrido em meados do século XIX, que trouxeram consigo mudanças estruturais e uma nova ideia de classes, baseado no antagonismo entre a burguesia, dona dos meios de produção, e a proletária, dona da mão de obra. O sistema societário e econômico fundado é em sua essência baseado na acumulação desenfreada de capital⁵ pelos burgueses, por meio da exploração da mão de obra dos trabalhadores, o qual o Estado capitalista trabalha em prol da acumulação exacerbada, mediando os conflitos entre classes.

Para Karl Marx e Friedrich Engels “A história de toda a sociedade até hoje tem sido a história da luta de classe” (ENGELS; MARX, 2015, p. 62), em suma a história transmitida por escritos sinaliza que as sociedades eram divididas em estruturas, tais como o homem livre e o escravo, o plebeu e o patrício, e na sociedade do capital o opressor é a burguesia e o oprimido é o trabalhador⁶.

Com base no que foi destacado, é válido levar em consideração o cenário transmitido no longa metragem francês de 1993, *Germinal*, o qual retrata a vivência da classe subalterna no século XIX e que se alastrou até os dias atuais. O filme demonstra de forma palpável a agudização do pauperismo na França, tais como a situação insalubre vivenciada pela classe oprimida, acarretando nas elevadas taxas de acidentes de trabalho, mortalidade infantil, e ao estopim dos operários, compreendido por reivindicações brutais nas vielas europeias.

⁵ É expresso em formato de mercadoria: meios de produção e meios de vida.

⁶ O trabalhador antigamente era definido como aquele que se utilizava da força física para praticar suas atividades laborais, como o operariado, mas conforme o capitalismo avança foi surgindo a necessidade de novas profissões para suprir a necessidade capitalista. Sendo assim, o termo foi atualizado e na contemporaneidade, o título se estende a médicos, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, militares, aposentados, beneficiários, entre outros.

Apesar da situação de extrema miséria apresentada, a ideologia liberal adotada pelos países capitalistas era regida pela Laissez-faire⁷, que tem como base a teoria da mão invisível de Adam Smith e David Ricardo, o qual critica qualquer intervenção estatal na sociedade, visto que o mesmo deveria apenas se resignar a atividades voltadas à repressão, permitindo que o direito à acumulação fosse mantido, utilizando-se da força legítima.

Em relação a assistência aos pobres, seria proveniente da integração dos mesmos ao trabalho e a ética capitalista, cujo prevalece o egoísmo, ou seja, o bem-estar da sociedade seria alcançado se cada um almeja-se seus próprios interesses e assim contribuiria para o bem estar de toda a sociedade. Aqueles que não trabalhavam eram vistos como criminosos, por não estarem contribuindo para o bem-estar próprio e do país como um todo, sendo assim foi implantada na Inglaterra a lei dos pobres. Essa lei é resultado da consolidação de leis anteriores que penalizava os pobres por “mendicância e vagabundagem”, obrigando-os ao trabalho, num verdadeiro ataque à pessoa corpórea. (LOBATO, 2012, p. 10-12)

Entretanto, ao final do século XIX não existia trabalho suficiente para o contingente de trabalhadores e as vagas ofertadas em indústria eram de alto risco à vida dos empregados. Dessa forma, a promessa de integração do mercado se tornava inviável, dando-se vazio a uma das primeiras crises impressas no cíclico desgaste capitalista, o que foi relatado se trata da Questão Social, sendo demonstrada no seu formato mais puro. As expressões sociais surgem na sociedade com a ascensão do sistema econômico e político capitalista, pode-se então constatar que as suas expressões estão diretamente ligadas à relação conturbada entre o capital e o novo modo de trabalho. A definição de Questão Social amplamente difundida no Serviço Social é a dos autores Carvalho e Iamamoto:

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão. (CARVALHO e IAMAMOTO, 2008, p.83-84).

⁷ Do francês “deixar fazer, deixar acontecer”. Utilizado amplamente por Smith, para defesa do livre comércio.

Tal concepção foi formulada tendo em vista as relações de trabalho e capital, assim como o copioso processo de pauperização que tem se intensificado com o desenvolvimento capitalista, desde a primeira Revolução Industrial que ocorreu na Inglaterra por volta de 1760 e que evoluiu a uma Revolução de caráter técnico-científico no século XX. Tendo em vista essa análise histórica constata-se que a Questão Social tem se agravado com a ampliação do capitalismo e ganhado novas expressões, as quais implicam diretamente na vida e bem-estar de inúmeras pessoas e que tem se agravado de forma crescente, exigindo maiores intervenções, não advindas apenas da caridade e/ou repressão.

A forma de tratamento dos pobres começa a ser superado e se constitui não apenas como um problema individual, mas de caráter coletivo, e esta concepção se deve em grande parte à organização e reivindicações de trabalhadores, da crise econômica vivenciada no período entre guerras e a ameaça representada pelo socialismo soviético. Com base nisso, a intervenção estatal é urgente, por meio da criação de legislações que visavam proteger a força de trabalho, tais como o seguro contra acidentes de trabalho, seguro desemprego e pensão para idosos, regulação do mercado, formulação e controle de preços, emissão de moedas, distribuição de renda, socialização do consumo e entre outros.

Por meio da criação das primeiras políticas públicas é passível compreender que este mecanismo é resultado da luta efetivada pelos operários, para a manutenção do sistema capitalista, por meio do controle social. A consolidação de tais políticas e da efetivação do estado de bem-estar social na Europa, irá influenciar as lutas nos países periféricos, dentre eles o Brasil, por questões referentes aos direitos sociais e maior atenção do Estado para com a situação vivenciada pela classe, apesar das reivindicações da população brasileira e de suas conquistas, o Brasil nunca adotou um sistema capitalista respaldado pelo keynesiano⁸.

Para dar continuidade ao texto é de grande relevância compreender que a classe trabalhadora é também considerada por inúmeros autores e estudiosos da área, como a classe revolucionária. Dentre estes se destacam Marx e Engels:

⁸ É uma teoria econômica formulada pelo economista John M. Keynes (1883 - 1946), a qual defende que deve haver a plena ação do Estado nas políticas econômicas de um país para atingir o pleno emprego e o equilíbrio econômico.

De todas as classes que hoje em dia confrontam com a burguesia, só o proletário é uma classe genuinamente revolucionária. As demais classes vão arruinando e soçobram com a indústria moderna; o proletariado é seu produto mais autêntico e essencial (IDEM, 2015, p. 75).

Nesta ótica pode-se afirmar que a classe em questão é a única que tem a possibilidade de tornar a sociedade passível de mudanças, tais como as que foram observadas anteriormente e o principal mecanismo que se utiliza são os movimentos sociais, por meio de reivindicação e organização da classe.

Ainda sobre as expressões da Questão Social, é de grandiosa relevância realizar o comparativo de que hodiernamente se tem este amplo conhecimento acerca da Questão Social, contudo nem sempre foi assim e anteriormente seu entendimento era realizado em um formato acrítico, desistoricizado e apolítico, cujos problemas e reivindicações que surgiam eram tratados como caso de polícia, como ilustração se tem o ocorrido na Revolta da Vacina em 1904, tendo como saldo 945 prisões, 110 feridos e 30 mortos, segundo o Centro Cultural do Ministério da Saúde.

Ademais, o tratamento imposto não surtiu o efeito desejado de controle da sociedade, então o trato com as problemáticas sociais que surgiam na época, eram publicizados a Igreja Católica, para que as reivindicações fossem apaziguadas por meio da caridade e o viés filantrópico, trazendo benefícios para o Estado, que reduzia suas obrigações enquanto mediador; a burguesia que conseguia continuar lucrando sob a exploração exacerbada dos operários; e a Igreja, que almejava recuperar sua hegemonia e a filantropia os permitia difundir a doutrina cristã e aderir mais fiéis. Entretanto não beneficiava a classe trabalhadora que continuava com as mesmas condições precárias de trabalho e vida.

Ao final do século XIX iniciasse a formação da classe operária canarina e conseqüentemente a luta por melhorias, sendo palpáveis por meio da organização do movimento em sociedade de socorro mútuo e que posteriormente originaram organizações melhores definidas e esclarecidas: a Liga Operária e a União Operária. Parafraseando Bravo e Marques, em um breve histórico sobre as centrais sindicais no Brasil, é somente nos primórdios do século XX que irão surgir as tentativas de uma entidade sindical, com o objetivo de unificar em uma luta as vastas reivindicações trabalhistas e ser representante da classe (BRAVO, MENEZES, 2013, p. 198).

Essa necessidade de unificação é demonstrada no primeiro Congresso Operário Brasileiro em 1906, e é nesse momento que se institui o primeiro instrumento de unificação de lutas, a Confederação Operária Brasileira, que detinha como bandeiras: o antimilitarismo, o anticapitalismo, o internacionalismo proletário e o combate a alienação religiosa, demonstrando uma antipatia as forças policiais que tanto os oprimia, ao capitalismo que os instituiu com a classe subalterna e a Igreja que desempenhava um papel catalisador. A Confederação terá forte influência na concepção de outras entidades com o mesmo viés, tais como: A Confederação Geral dos Trabalhadores do Brasil e a Confederação Sindical Unitária Brasileira.

É no decorrer da Era Vargas que a visão sobre a classe trabalhadora começa a se modificar, enxergando-os politicamente e a burguesia brasileira nota que as reivindicações precisam ser tratadas de outra forma, para que possam elevar os lucros obtidos. É nesta década que datasse a formulação das embrionárias políticas voltadas à saúde, ainda frágeis, mas que tinha o intuito de apaziguar os movimentos voltados à saúde dos operários.

Contudo estas melhorias não detinha o caráter de beneficiar apenas a classe revolucionária, mas representava um forte controle das entidades organizadas de movimentos sociais que existiam. E isto é demonstrado por meio dos decretos efetivado a posteriori, tais como o decreto nº 19.770 de 1931 (BRASIL, 1931) e o nº 1.402 de 1939 (IDEM, 1939), que dá providencias para regulamentação da sindicalização das classes patronais e operárias, e o decreto-lei 24.694 de 1934 que dispõe sobre os sindicatos profissionais, o qual prevê no artigo 33:

Somente quando autorizados por lei, convenção coletiva, ou sindicato reconhecido por termos deste decreto, é permitido às empresas descontar, em folha de pagamento a empregados sindicalizados, qualquer importância, salvo a que tiver sido abonada ou adiantada aos mesmos empregados. (IDEM, 1934, n.p)

Tais imposições tinham como intuito regularizar e conter o movimento sindical que vinha se articulando e ganhando força entre os operários, permitindo ao Estado um controle maior sobre estes movimentos em crescente ascensão. As legislações de aspecto fascista tinham como determinações a proibição do direito à greve, controle de estatutos, economia, finanças e eleições sindicais, sendo assim os

trabalhadores conquistam direitos fundamentais e têm os seus direitos sindicais aniquilados e/ou controlados.

Como exemplo de movimento embrionário, se tem as reivindicações voltadas a saúde, uma das patologias que assolavam os Estados canarinhos na década de 1920 era o câncer, o qual era pauta de reivindicações da classe operária, de acordo com relatos do médico Mário Kroeff⁹, "[...] data de 1921 o primeiro movimento em São Paulo, de alcance social, no tocante ao problema do câncer[...]" (BARRETO, 2005, p. 268). Com base nos pontos defendidos os estados adotaram medidas no sentido de evitar a propagação, o governo assumiu a assistência à saúde através de diversas medidas, com destaque para a criação de serviços públicos, a vigilância sanitária e o controle mais eficaz sobre os portos, e especificamente no câncer adotaram políticas de apenas diagnóstico e tratamento, ignorando ainda o viés social, psicológico, preventivo e diagnóstico precoce da neoplasia.

Com a renovação do um estado ditatorial brasileiro, tendo a frente militares, em 1964, adotou-se novas maneiras de controle da classe trabalhadora, com base na repressão, tais como: os atos institucionais, fechamento de partidos políticos, intervenções constantes em centrais e sindicatos e as greves são colocadas na ilegalidade, que somados ao empobrecimento das políticas de caráter trabalhista e pauperização das condições de vida, gera em 1970 uma crise de legitimação do regime militar instaurado, de propensão econômica, social e política. É neste contexto histórico que surgem as novas faces de um "novo sindicalismo", o qual é oriundo da mobilização de operários em São Bernardo (SP), e que tinha viés classista e de massas, que negava com veemência o formato sindicalista nascido na era Vargas.

Na década de 1980, o Brasil estava superando o seu status ditatorial e de acordo com esse novo processo de redemocratização, se desenvolveu no território canarinho um intenso debate sobre a saúde, que advinha de uma onda negativa de baixo financiamento e longas filas de espera em instituições voltadas à saúde. O debate influenciado pela Conferência Alma-Ata, ocorrida em 1978 e que instaurou a conotação de bem-estar completo como: "Não somente de ausência de doenças, mas um direito humano fundamental, alicerçado em 'um completo bem-estar físico, mental

⁹ Renomado médico cancerologista brasileiro e importante pesquisador na área oncológica.

e social” (COSTA, VIEIRA, 2012, p. 13). Este discurso permitiu que em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorresse e instituisse o conceito ampliado de saúde.

Estas conferências proporcionaram o desenvolvimento sistemático de um movimento social que reivindicava uma reforma de cunho sanitário, se alastrasse pelas cidades brasileiras e que contasse com a participação de trabalhadores (Profissionais da saúde - Médicos em sua grande maioria-, operários), estudantes, movimentos populares de saúde, sindical, feminista, comunidades eclesiais de base e alguns parlamentares. Esse grupo defendia que a Reforma Sanitária era um projeto que valorizava o sistema público de saúde, com um viés ampliado, o qual significava à população melhores condições de trabalho e vida.

A Reforma Sanitária se trata de um grande exemplo de mobilização popular e união da classe que gerou positividade e melhorias para a qualidade de vida, visto que em 1988, a sociedade civil enfrentou uma disputa com o setor privado, representado pelas instituições de saúde privada, e grandes farmacêuticas na Assembleia Constituinte e devido a pressão popular e diversos acordos políticos o texto constitucional promove a efetivação do que foi estabelecido na 8ª Conferência Nacional em Saúde e que está evidenciado no Movimento de Reforma Sanitária.

Com o alvorecer dos anos 1990, o Brasil passa por um redirecionamento político, econômico e social, com o ajuste neoliberal¹⁰, o qual provoca um retrocesso quando se trata das políticas públicas conquistadas no decorrer da década passada, fruto de um esforço classista. Sendo assim, o SUS tem sofrido com o desmonte proposto pelo cenário político e modelo capitalista, visto que os valores solidários, coletivos e universais propostos pelo Movimento Sanitário, estão sendo substituídos pelos valores individualistas, de consumo, mercantilista e focalista do modelo neoliberal, dando um viés contraditório ao que foi instaurado no SUS, consolidando-o apenas para os mais pobres.

Consonante ao histórico da trajetória da política voltada a saúde e das reivindicações que pressionaram o Estado a efetivar direitos essenciais, é válido ressaltar que apesar de ter sido conquistada uma política de saúde pública inclusiva,

¹⁰ É um modelo do sistema capitalista, que resgata preceitos liberais e é marcado pela defesa do Estado Mínimo para a Questão Social e máximo para o capital.

equânime, universal e integral, os preceitos legislativos não tem sido efetivado no cotidiano, em decorrência do desmonte iniciado em 1990. Para que o acesso seja universal e de qualidade é necessário que as reivindicações populares não se estagnem, para que assim os direitos instituídos sejam efetivados no tempo hodierno.

CAPÍTULO II: COMO OS ATRAVESSAMENTOS ENTRE A QUESTÃO SOCIAL E A VERTENTE FISIOLÓGICA CORROBORAM NA AMPLIAÇÃO E ARTICULAÇÃO DE LEGISLAÇÕES

É imprescindível assimilar a ideia de que todo e qualquer avanço efetivado na realidade é constituído com base em demandas expressas no seio da sociedade, em sua maioria as Políticas Sociais, incluindo a Política de Saúde Pública, são formuladas com base nas expressões sociais, ou seja, problemáticas que afetam a sociedade, juntamente ao descontentamento e organização da classe trabalhadora.

Tendo em vista este aspecto, hodiernamente no Brasil existe um aporte variado de leis voltadas exclusivamente à saúde, estas que não se resumem apenas ao instituído na Constituição Federativa e que vem se expandindo com o passar dos anos. O fato demonstra que a vivência em sociedade não é algo monótono, mas volátil, ou seja, com o tempo a comunidade expressa novas problemáticas a serem enfrentadas e para saná-las faz-se urgente a seguridade do direito à saúde, a qual inúmeras vezes é voltada a criação de novas legislações com objetivo de garantir a possibilidade de cura.

2.1 A Questão Social como inviabilizador direto no processo fisiológico de cura

Inicialmente a discussão precisa abordar o assunto saúde de forma ampla, compreendendo que o seu conceito sofreu diversas modificações ao longo do tempo, abordando diversas conexões com outros campos de ações que permeiam a vida humana. Tais modificações se deram devido ao descontentamento com o viés simplista adotado anteriormente, que entendia a saúde apenas como a ausência de enfermidades físicas, cujo reduzia a saúde e doença a um patamar pobre comparado aos estudos que se avançavam.

Para tanto, em uma tentativa de estabelecer um conceito assertivo e amplo a respeito do tema, a OMS vem definindo a saúde como um “completo estado de bem-

estar biopsicossocial” (BALDISSERA, 2021, n.p), esbarrando em uma certa totalidade idealizadora, entretanto sua conceituação não é plena, pois não destaca quem seria o responsável por garantir o dito bem-estar completo da sociedade.

Adotando um viés aristotélico a saúde seria uma característica inata ao ser humano, pois é um bem que coopera para a produção da felicidade, ou seja, imbrica diretamente em todos os campos que permeiam a vida humana e por isso é um assunto tão vasto e complexo. Neste sentido, a ênfase deste texto será dada na saúde como sendo resultante de condições concretas de vida e de suas reproduções, bem como nos questionamentos feitos por Raynaut:

Como fazer para que as disciplinas clínicas que lidam com pessoas doentes, pretendendo achar soluções para as causas de seu sofrimento físico, integrem o fato de a essência da pessoa humana ir muito além do seu corpo biológico - sendo ela um ser que pensa, imagina, simboliza, vive de afetos e de fantasmas quanto de alimentos materiais? Como fazer com que aqueles especialistas cuja atuação se dirige aos indivíduos - seja para curá-los, seja para educá-los - admitam o fato de cada pessoa ser inserida em redes, estruturas, formas de pensamento coletivas que até certo ponto marcam e orientam seu comportamento? (RAYNAUT, 2002, p.43).

Em consonância com Raynaut no âmbito hospitalar cogita-se com muita frequência, a respeito dos mecanismos fisiológicos utilizados para que tratamentos de cunho oncológico tenham-se uma melhor resolutividade e assim acarrete a cura física do paciente em questão, levando apenas em consideração os aspectos físicos do indivíduo, em sua maioria ignorando a possibilidade de aplicação dos recursos médicos, pois hodiernamente uma parcela considerável da população canarina tem sua sobrevivência pautada sob extrema vulnerabilidade social, a qual implica na possibilidade de um tratamento que eleve significativamente a probabilidade de cura.

Destarte, existe um aspecto primordial para que estas intervenções sejam aplicadas e tenham assim uma resolutividade positiva para os meios envolvidos, que pode ser traduzida pelos aspectos sociais, os quais influenciam diretamente a vivência dos seres e a capacidade de submissão ao tratamento. Tendo em vista os aspectos apresentados faz-se urgente a análise das expressões da Questão Social que perpassam o cotidiano da sociedade capitalista e que por copiosas vezes implicam no processo de cura de pacientes oncológicos, mesmo que no cotidiano e em discussões acerca da saúde, o contexto de vivência dos enfermos seja deixado fora da discussão, visto que as ciências biológicas e sociais são consideradas distintas, assim como esclarece Ianni:

Nos marcos do pensamento moderno, portanto, as questões que permeiam a saúde-doença mantiveram-se polarizadas de forma excludente - o indivíduo e o coletivo, o biológico e o social, as diferentes racionalidades (ciências sociais - ciências naturais). Ao biológico, esfera das ciências naturais, o 'quase imutável', o mundo das leis fixas. Ao social, esfera das leis sociais, o mundo em transformação, das crises, das revoluções, dos levantes e mudanças históricas, políticas (IANNI, 2011, p. 36).

Em suma, a autora deixa explícito que por muitos anos ambas as ciências eram entendidas como matérias heterogêneas, devido a suas funções e distribuições diferentes, entretanto quando se trata do âmbito da saúde, para alcançar um resultado satisfatório - a cura - os aspectos fisiológico e social são indissociáveis, tendo que ser estudados e compreendidos em sua totalidade e comunhão. Tampouco seria útil simplificar a discussão e afirmar que a saúde é exclusivamente um fator social e histórico a remetendo excepcionalmente ao plano da produção coletiva, isto não é possível pois a saúde é um fato altamente complexo e sua complexidade é atribuída ao seu caráter polissêmico¹¹.

O marco para construção deste conhecimento se deu junto a Conferência de Alma-Ata, realizada em 12 de setembro de 1978 pela OMS e que trouxe para o âmbito da saúde assuntos que até então não eram debatidos, tais como a compreensão da saúde não somente por um viés fisiológico, mas como resultado de um completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença, compreendendo a "chocante desigualdade existente no estado de saúde dos sujeitos, sendo política, social e economicamente inaceitável" (BRASIL, 2002, n.p).

A declaração referenciada foi acolhida com grande incentivo na década de 1970, pela tentativa de explicar a causalidade dos principais problemas de saúde que emergiam nos países desenvolvidos e/ou em desenvolvimento, como as doenças cardiovasculares e os tumores malignos, visto que a medicina demonstrava dificuldade em desenvolver um conhecimento que fosse capaz de compreender e explicar a recorrência e agravamento destas enfermidades.

Consoante a autora Ianni e a sua concepção de articulação entre o entendimento biológico e social, foi formulado pela OMS a noção de Determinantes Sociais da Saúde, cujos são responsáveis por compreender as disparidades entre as

¹¹ Destaca-se como um fenômeno linguístico atribuído àquelas palavras ou expressões que podem adquirir vários significados, no caso da saúde ela tem diversos conceitos dependendo da área que a estuda, seja pela vertente filosófica, sociológica, antropológica, histórica, biológica e dentre outras.

relações sociais, as quais são ligadas às condições de trabalho, de vida, de moradia, de educação e de transporte; acesso a serviços assistenciais, distribuição desigual de recursos de saúde. Posto isso, foi instituído em 2005 a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) com foco da discussão e compreensão dos determinantes sociais e a convocação de autoridades dos países que compõem a OMS, dentre eles o Brasil, para a necessidade de um comum acordo de combater as expressivas desigualdades em saúde.

Diante da noção de determinantes sociais de saúde concebidas pela OMS, desde a criação do termo até a atualidade, já foram desenvolvidas e adotadas diversas concepções dos determinantes sociais da saúde que são adotadas levando em consideração o momento histórico mundial, dentre elas o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead e o modelo de Solar e Irwin, sendo estes o mais antigo e o mais atual, respectivamente (GARBOIS; SODRÉ; ARAÚJO, 2017, p. 66-68).

Entretanto, desde a década de 1970 até a hodiernidade são adotadas perspectivas reducionistas e fragmentadas da realidade, visto que o viés adotado ofusca o entendimento dos múltiplos processos de relações sociais advindos do sistema capitalista, ignorando os aspectos socioeconômico, cultural e psicológico, além das novas relações de trabalho advindos do modelo neoliberal, que promove modificações na sociedade como um todo, dessa forma é possível afirmar que a abordagem reducionista dos determinantes sociais da saúde se deve a ocultação das categorias analíticas de peso dentro das ciências sociais.

O professor Jaime Breilh¹² faz fervorosas críticas a este modelo de determinantes sociais, pois assumem uma teoria tradicional para tentar desenvolver uma prática e políticas críticas:

[...] nós fragmentamos a realidade e assumimos uma conceituação estatística, probabilística. Começamos perguntando se há uma lista de fatores de risco, qual explica uma maior proporção de variação da variável em estudo; e transformamos isso em uma política pública ou em política de saúde. Ou seja, esse fragmento. Portanto, é um recurso para focalizar em vez de transformar. Em vez de agir em um processo integral, agimos de acordo com fatores de risco específicos (BREILH, 2015, p.235).

¹² Professor da Universidade Andira Simón Bolívar, no Equador. É um nome de peso para saúde coletiva conectada a epidemiologia crítica, a qual não se resume a afirmar a saúde como uma produção social, mas investiga e adverte quanto aos modos pelos quais a sociedade capitalista consolida desigualdades profundamente vinculadas a uma “economia da morte”.

Os determinantes sociais de saúde procuram compreender como as expressões sociais se desenrolam na vivência humana e como impactam na saúde dos sujeitos, porém de uma forma superficial, ou seja, que não se comprometa com a “Economia da Morte” (IDEM, 2015, p.536). A CDSS procura estudar o lugar, a pessoa e o tempo, o lugar como lugar físico e estático, a pessoa deslocada da sua coletividade - individualmente - e o tempo como uma fotografia congelada. Neste texto procura-se compreender a desigualdade de acesso à possibilidade de cura como Questão Social, o lugar como uma geografia crítica do processo, as pessoas alocadas ao coletivo e o tempo como história.

É válido ressaltar que a pauta levantada em 1970 sobre os determinantes sociais de saúde foi de extrema relevância para a sociedade como um todo, contudo seu conceito e sua vertente precisam se atualizar sobre as modernidades da época hodierna e ao novo contexto vivenciado pela classe trabalhadora mais vulnerável, para que seu viés positivo e crítico se restabeleça, assim como sua efetividade, se adaptando às novas práticas e tornando-as plenas e eficientes.

É fundamental para a análise que se segue evidenciar o estudo de Engels sobre a condição de vida da classe operária na Inglaterra no início dos anos 1800 e que segundo o texto de orelha assinado por Guilherme Boulos, se aplica a atualidade brasileira, cujo Engels traça um paralelo entre as condições de vida da classe trabalhadora e a ocorrência de doenças, mortes e agravos, concluindo que a Questão Social que aflige com mais intensidade os trabalhadores interferem diretamente na produção da saúde, associando pobreza e injustiça com doença, morte e degradação da vida humana.

Com isso, pode-se estabelecer que os impactos da vida social a saúde não é algo recente, mas que vem sendo discutido desde a ascensão do capitalismo e que na verdade sua secundarização está ocorrendo na contemporaneidade, devido aos impactos do neoliberalismo nas produções científicas e relações sociais, está pode ser definida como uma crise que está no seio da sociedade e atinge diretamente a produção de saúde, pois como diria Boaventura de Sousa Santos:

A crise por que passa a saúde e o desenvolvimento não são apenas de crescimento, que revelaria insatisfação diante de métodos e conceitos utilizados, o que exigiria fazer mais para superar as limitações. A crise é de outra natureza, de degenerescência, pois interroga os fundamentos, o modo

de ser. São crises de paradigmas, significa pôr em causa os alicerces, os pilares das áreas. (SANTOS apud AKERMAN et al 2012, p. 111)

A exemplo da crise destacada por Boaventura pode-se mencionar o cenário de relações sociais que permeiam o trabalho e a vida dos brasileiros, para assim entender os determinantes sociais da saúde desta sociedade em específico. O advento do Neoliberalismo propiciou mudanças radicais no mercado de trabalho, dentre elas a sua flexibilização estrutural, produzindo altos índices de rotatividade da mão de obra, favorecendo o aumento exacerbado da população sobrando, determinando um novo formato de exploração e também maior disponibilidade para o capital, fortalecendo a ideia de que para o capital todos são substituíveis.

Em outra óptica, a dualidade entre o trabalho formal e informal tem se acentuado e como afirma a autora Josiane Santos “[..] estão ficando cada vez mais distantes as condições de acesso à ‘cidadania regulada’[...]” (SANTOS, 2012, p.197), visto que os trabalhadores informais, apesar de serem trabalhadores não detêm seus direitos trabalhistas assegurados e as formas de trabalhos instáveis e menos ou não protegidas estão se ampliando gradativamente, fazendo aquela parcela da população que trabalha formalmente temer o desemprego e este receio é o que regula o trabalho. Consoante as explanações efetivadas, é válido ressaltar que o adoecimento corporal está fora de cogitação para estes trabalhadores uberizados, pois os mesmos não são assegurados e dessa forma se não desenvolverem suas atividades laborais, não contribuem com a renda familiar e conseqüentemente são acometidos por outra enfermidade fatal, a fome.

Nesta instância, é válido levantar um debate acerca da relação saúde-ambiente-sociedade, partindo do pressuposto destacado por Minayo, traduzindo a essencialidade do ambiente para as relações humanas e por isso que o seu conceito tal qual entendemos é construído pela ação humana, sendo histórico e pode ser pensado, repensado, criado e recriado tendo em vista a responsabilidade presente e futura com a existência, as condições e a qualidade de vida dos indivíduos em sociedade e de toda a biosfera. Desde a publicação da obra a Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra de Engels é que se associa a Questão Social e sua relação

com a saúde ao ambiente territorial em que se vive, sendo está de grande relevância para atribuir a pauta as reivindicações dos trabalhadores por uma medicina social¹³.

Em suma, o fator doença deve ser entendido como resultante de vários fatores, levando em consideração a individualidade de cada sujeito, da mesma forma no processo de cura, visto que os fatores apresentados impactam diretamente na cura do paciente, impossibilitando de algumas formas, a primeira dela trata-se do acesso ao tratamento que é dificultado por expressões da Questão Social e/ou quando a mesma dificulta que o tratamento fisiológico tenha efetividade, é por tal motivo que precisa-se destacar e efetivar na prática em saúde a expressão aristotélica “devemos tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida de sua desigualdade” (MELLO,2017).

Erigido da palavra grega karkínos, que quer dizer caranguejo, foi intitulado por Hipócrates, o pai da medicina, que viveu entre 460 e 377 a.C., o câncer não é uma doença nova, pois foi detectada em múmias egípcias, comprovando assim que a doença já compromete a saúde humana há mais de 3 mil anos antes de Cristo. Atualmente, é nomeado como câncer um conjunto com mais de 100 doenças, que se destacam pelo crescimento desordenado de células, as quais invadem tecidos e órgãos (INCA, 2011, p.17)

Tendo em vista o período do seu possível surgimento, as neoplasias têm se multiplicado e avançado na sociedade hodierna, causando o ceifamento da vida de copiosos pacientes acometidos pela enfermidade, bem como bem como é apontado por pesquisadores do INCA, os quais colocam as neoplasias como a segunda causa de morte da população por doença. Entretanto é válido destacar que não é apenas o fator doença que favorece esta taxa de mortalidade alta, bem como os determinantes sociais de saúde, oriundo da Questão Social:

Os determinantes sociais de saúde possuem relevancia tanto no risco ao adoecimento por cancer, pois os usuários que se encontram em situação de vulnerabilidade social estão mais expostos a fatores de risco, quanto nas condições de acesso da população ao diagnostico precoce e ao tratamento da doença. Com isso, compreende-se o cancer como expressão das determinações estruturais estruturais da realidade brasileira, sob as

¹³ É o estudo que compreende a saúde para além do viés fisiológico, mas como resultante das condições de vida e ambiente, sendo arautos da politização do conceito de saúde, articulando-a com a Questão Social, a problemática do saneamento básico e a formulação de políticas públicas.

quais se condicionam as desigualdades sociais, o desmonte da políticas sociais e de saúde (ALMEIDA, 2018, p.3).

Sendo assim, é urgente compreender as particularidades do tratamento oncológico e como a Questão Social inviabiliza o processo de cura, por se tratar de um tratamento de alta complexidade o seu custo se eleva, desde os tratamentos quimioterápicos, radioterápicos, medicamentosos, cirúrgicos e dentre outros, sendo estes efetivados em diferentes frequências, sendo que o tratamento não se trata apenas das ações efetivadas no âmbito hospitalar, visto que para se ter o êxito almejado o mesmo deve se estender ao domicílio e a rotina do paciente, em alguns casos tais como os pacientes que são submetidos a radioterapia a rotina é mais intensa, visto que as visitas ao hospital fazem parte da rotina diária.

Dessa forma, o ciclo de tratamento é feito exclusivamente em hospitais de nível terciário, sendo estes de alta complexidade, com capacidade superior a 151 leitos, caracterizando-se como hospitais regionais, estaduais e/ou nacionais, ou seja, estes hospitais de grande porte atendem uma determinada região e as localidades mais afastadas do centro acabam se prejudicando, visto que as viagens até a localidade são custosas, demoradas e desgastantes ao corpo enfermo, o que é um dos causadores da evasão do tratamento, quando trata-se da zona rural as problemáticas se elevam, visto que estas localidades são afetadas pelo difícil acesso.

Os pacientes que frequentam hospitais de atenção terciária, são aqueles que estão com quadro de saúde instável, e casos que ofereçam risco iminente à vida ou quando este necessita de atendimento altamente especializado, pacientes que necessitam de exames e cirurgias mais invasivas, ou que precisem de cuidados constantes para a reabilitação, pode-se assim afirmar que estes pacientes não estão em condições clínicas de se submeterem a longas horas de transporte público até o centro de referência em tratamento oncológico ou até menos vivenciarem condições precárias de moradias, onde o leito de descanso não são apropriadas ao mesmo e este local de alívio para muitos acabam por serem insuportáveis para aqueles com tumores expostos, por fim pacientes em uso constante de oxigênio também sofrem com essas limitações.

O nível de atenção terciária do tratamento oncológico modifica completamente a realidade do sujeito, pois fragiliza o corpo e impossibilita a efetivação do trabalho,

em especial o empregado informal, uberizado e que utiliza-se da mão-de-obra física, que como citado anteriormente são os tipos mais corriqueiros em países como o Brasil. Tendo em vista esta realidade, a ausência de acesso a renda é outro fator de desistência do tratamento, pois a tentativa de cura do câncer é uma sentença de morte para aqueles que não podem se ausentar de suas atividades laborais.

Um aspecto corriqueiro enfrentado pelas equipes de saúde é a desistência por receio do tratamento e acelerar o processo de adoecimento, este se dá em virtude das fragilidades do corpo e ausência de informações elucidadas, aqui cabe salientiar dois aspectos sociais, sendo em segmentos distintos, social, fisiológico e educacional. O primeiro trata-se do biológico pois a mente associa o enfraquecimento do corpo a um agravamento da doença, visto que uma característica de tratamentos mais agressivos como a radioterapia e a quimioterapia é a gradativa fragilidade do corpóreo e psíquico por serem medicamentos impetuosos.

Em outro aspecto, é válido referenciar a educação em saúde, pois os momentos dos profissionais de saúde com o paciente e seus familiares destinados a elucidações sobre o tratamento também podem ser destacados como um momento educativo, diante disso o profissional tem como objetivo fazê-los compreender sobre o processo pelo qual seus corpos vão incorrer e retirar as dúvidas e medos existentes; e enfim o social também afeta a desistência por medo, porque a fragilidade do corpo pode estar associado também aos processos de vivência, tais como os destacados anteriormente, como: trabalho exaustivo, traslado, fome, questões antropológicas e dentre outros.

Pesquisas apontam que populações com condições socioeconômicas precárias possuem maior proporção de diagnóstico tardio de neoplasias passíveis de detecção em estágio inicial por rastreamento, maior dificuldade de acesso ao diagnóstico e tratamento adequado; péssimo prognóstico e menor sobrevida pós câncer; maior risco de óbito por câncer e por tipos de câncer potencialmente curáveis (ALMEIDA, 2018, p.3).

Tendo em vista os aspectos ilustrados é de extrema urgência que a comunidade acadêmica, de pesquisadores e profissionais da saúde reflitam sobre o tema e os impactos causados na vida dos pacientes, bem como os impedimentos para efetivar o tratamento fisiológico, ou até mesmo para que este tenha eficácia na realidade do sujeito, visto que sem essa perspectiva as instituições de saúde estarão

regredindo e incorrendo ao erro praticado pelas mesmas instituições no século XVIII, as quais segundo Foucault eram morredouros para os pobres.

2.2 Diligência para efetivar o sumário direito à vida: uma análise legislativa

O presente estudo tem como viés compreender como a Questão Social tem impactado ao longo da trajetória histórica da saúde, contudo é necessário enfatizar que foram desenvolvidas e implementadas diversas leis nesta vertente, para aliviar as expressões sociais que impossibilitam o acesso à saúde, as mesmas surgem da necessidade demonstrada no ato da vida em comunidade e as reivindicações da sociedade. Para tanto, faz-se necessário pensar a saúde e seu aparato legislativo sob uma ótica social, constituindo simultaneamente num campo de conhecimento e de práticas, envolvendo uma conjugação de análises que possibilite o avanço no campo de conhecimento e orientar as ações profissionais, atribuindo a esta o olhar crítico.

Em consonância, à Política de Saúde é marcada por uma dualidade entre questões e desafios que a sociedade impõem a mesma, pois como pontuado anteriormente a vida em sociedade é marcada por relações sociais que se modificam de acordo com o momento histórico e atualmente a sociedade é altamente imediatista, ou seja, a percepção de tempo se modificou, fazendo as modificações acelerarem, surgindo desafios a Política de Saúde de reconfigurar o cenário e efetivar o direito de todos e o dever do Estado, tal qual está na constituição:

Art. 196. A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.118-119).

De acordo com o estabelecido, a constituinte está reconhecendo que todo indivíduo enquanto cidadão brasileiro, independente do círculo social o qual está inserido e as expressões sociais que o aflige, tem igual direito de acesso à satisfação de suas necessidades relacionadas à saúde. Significa que cabe ao Estado a responsabilidade por providenciar as condições e os recursos que permitam saciar as

questões relacionadas à saúde, e que por ser um direito de todos aqueles indivíduos legitimados na sua qualidade de cidadão na concepção de Marshall¹⁴.

Entretanto, a realidade monta um conceito distinto no momento da execução da lei, visto que o conceito se confunde junto ao da Assistência Social, ou seja, a Política de Saúde é vinculada aqueles que não tem condições de financiá-la e os que podem se submetem a instituições privadas de saúde, que são norteadas pelo capital e visam constantemente o lucro, deixando em segunda instância a saúde do cliente. Para contornar esta situação que se intensifica em meados da década de 1990, se alastram legislações que se tornam sinônimo do Artigo 196 da constituinte, todavia o tensionamento entre Política Pública e capital não permite sua plena efetivação.

Destarte, é possível perceber que por ser um assunto de alta complexidade, a Política de Saúde está sempre associada às demais, para garanti-la enquanto direito. O trabalho em rede é de extrema necessidade para garantir a eficácia das mesmas, bem como amenizar as expressões sociais, isso se dar, devido a característica da sociedade de ser um organismo vivo e todos os seus aspectos estão intimamente relacionados, bem como o sociólogo Émile Durkheim disseminou no século XIX. E é com base nesta articulação que a autora Amélie Cohn analisa a Política de Saúde:

[...] não se pode pensar, quando se trata de políticas setoriais, a de saúde no nosso caso específico, em dicotomias e antinomias, uma coisa vs. a outra, e muito menos em relações causais únicas e unilaterais (COHN, 2014, p.244).

Em suma, a Política de Saúde, tanto em sua formulação como na implementação, se configura como jogo de interesses múltiplos existentes na complexa sociedade, relacionadas ao poder, ao capital e a subsistência e que se mantém em constante disputa, embora todos em conjunto esbravejam em uníssono que a saúde e educação são “setores-chave” para o desenvolvimento do país.

A legislação brasileira em saúde tem um aporte de leis que garante a prevenção, proteção e tratamento do paciente, incluindo aqueles que têm enfermidades a nível oncológico. Contudo, apenas a possibilidade de tratamento e ter ao seu dispor o suporte médico, farmacêutico e assistencial, não é suficiente para alcançar o desejado status de cura, visto que inúmeros pacientes oncológicos enfrentam impasses que impossibilitam o seu acesso ao tratamento. O presente texto

¹⁴ Foi um sociólogo e autor liberal que apontava três elementos que fundamentam a cidadania, são eles os direitos civis, políticos e sociais, atribuindo ao Estado o dever de garantir o direito ao acesso de necessidades mínimas aos seus cidadãos (LOBATO, 2012, p. 17).

leva em consideração as expressões sociais destacadas sob a perspectiva de elucidar de onde e porquê as legislações em saúde se ampliam, para posteriormente compreender de forma concisa como as mesmas se demonstram na sociedade.

Para aprofundar a discussão acerca do aparato legislativo é interessante destacar a quem o mesmo se aplica, visto que a partir do momento em que um indivíduo inicia um processo de investigação médica para interrogar um possível caso de câncer, o mesmo se torna paciente oncológico e é a este sujeito que o suporte legislativo assiste protegendo e garantindo os seus direitos básicos como a vida, a possibilidade de diagnóstico, bem como de um futuro tratamento, assim como estes podem se estender aos seus familiares e/ou acompanhante, é válido destacar que algumas legislações se estendem a outros grupos da sociedade.

Dessa forma, é possível constatar que apenas os direitos básicos previstos na Constituição Federal de 1988 e a lei que rege o SUS (Sistema Único de Saúde) não foram suficientes, visto que diversos pacientes ainda evadem do tratamento por motivos ligados às expressões sociais, sendo assim são previstas um leque de leis que garantem esse tratamento na tentativa de amenizar estas expressões e possibilitar uma resolutividade positiva para o processo de cura, assim como o aporte de leis que sustenta a Política da Saúde brasileira, não se baseia apenas nas leis n° 8.080/1990 ou n° 8.142/1990.

Conforme a vida em sociedade vai existindo, vão surgindo impasses para efetivação de tais legislações e com isso se determina a necessidade de atualização e articulação de legislações e jurisprudências que permitam a efetivação da saúde pública inclusiva, equânime, universal e integral instituída na Constituição Federal de 1988. Nas políticas que tangem o viés oncológico não seria diferente e como ilustração se tem a Cartilha de Direitos Sociais da Pessoa com Câncer: Orientações aos usuários, a qual é atualizada e republicada anualmente, desde 2002, bem como é descrita em sua apresentação inicial.

No âmbito da saúde foi estruturado um arcabouço jurídico do sistema que inibe e garante atualização da legislação para garantir o seu viés de “direito de todos e dever do Estado”, validando a saúde universal prevista na constituinte, não se isentando de impasses e dificuldades na sua execução, por este motivo existem as NOB-SUS, as quais têm como objetivo primordial aprofundar e reordenar a execução

do SUS, realizando dessa forma um novo pacto pela saúde e buscando saídas para os problemas e impasses que se apresentam.

As NOB-SUS, são divididas em 91, 93 e 96 em alusão ao ano de sua instituição, o NOB divulgado em 1991 refere-se tem por objetivo fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do SUS, elaborada em conformidade com as Leis nº 8.074/90 e 8.080/90, tratando em específico do financiamento da atividade ambulatorial, dos instrumentos de controle, acompanhamento e avaliação da execução da política; e a avaliação interna.

Em 1993 foi levada a público a Portaria nº 545 que determina a segunda Norma Operacional Básica, do Ministério da Saúde em vigor que tem como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde, baseando-se nas legislações básicas que montam o SUS e no documento no documento Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei, aprovado pelo Conselho de Saúde Nacional no mesmo ano. (IDEM, 1993, n.p)

O processo de descentralização proposto pelas leis fundamentais e reafirmado em 1993, tem como função incentivar a autonomia dos municípios, estados e sociedade civil na operacionalização da saúde, esta atualização proposta pela Norma ocorre em decorrência de circunstâncias históricas desfavoráveis, visto que a partir da imersão no arcabouço histórico da saúde no Brasil, foi possível perceber que as Políticas de Saúde nacional eram altamente centralizadas e verticalizadas, incumbindo aos municípios apenas a mera execução, sem participação direta na formulação de ações que seriam mais benéficas à população regional.

Sendo assim a NOB 93 foi além de reafirmar esse preceito, mas estipular formas de como essa descentralização foi efetuada, desde a operacionalização até ao repasse de verba. Ademais, o financiamento em saúde ainda é de responsabilidade do governo federal, o qual acaba por determinar os parâmetros para descentralização, assim como define as atribuições dos estados e municípios e o seu grau de autonomia para ditar suas Políticas de Saúde.

Dando sequência a NOB-SUS de 1996 declara como finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (IDEM, 1996, n.p.), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

É válido ressaltar que existem outras regulamentações com o intuito de atualizar a pactuação entre os três níveis de gestão, para resultar no contínuo aprimoramento do SUS, são eles a NOAS (Norma Operacional da Assistência à Saúde) de 2001 e o Pacto pela Saúde de 2006, ambas detêm como intuito alcançar uma maior eficiência e qualidade das respostas da Política de Saúde. Portanto, é de fácil assimilação que a pactuação, pelo que foi idealizado na Constituinte, é contínuo e de responsabilidade de todos os Entes Federativos - Municípios, Estados e União - para isso é mobilizados um conjunto de leis e políticas para que o direito sumário a vida digna seja garantido.

Conforme as declarações fez-se notório que apenas as legislações publicadas até então não foram suficientes para suprir e garantir o direito de acesso à saúde da população canarina, sendo que ao longo do tempo foram surgindo impasses para que o direito em questão fosse implementado na sociedade, pois as entidades que deveriam assegurar a saúde da população se eximem de suas responsabilidades, principalmente quando se trata do tratamento da neoplasia cancerígena.

O câncer é uma doença considerada de alta gravidade, necessitando de um curto prazo para ser descoberta, análise do tratamento fisiológico requerido à patologia e ao organismo, para que o processo de cura seja eficiente. Todavia devido a sua complexidade seu tratamento se torna algo custoso, por envolver diversas tecnologias e ser altamente delicado, sendo assim o seu custeio envolve um mecanismo altamente burocrático para o custeio e a sua estimativa é de aumento crescente, bem como esclarece o INCA no estudo desenvolvido em 2023 intitulado de “Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025”, o qual descreve que na última década houve um crescimento de 20% e que “Foram estimados, para o ano de 2023, no Brasil, 704 mil casos novos de câncer. Excluindo o câncer de pele não melanoma, espera-se a ocorrência de 483 mil casos novos” (SANTOS et al, 2023, p. 1-3).

De acordo com as perspectivas estimadas de crescimento gradual e com a realidade do sistema de saúde, é possível esperar uma longa fila para início do tratamento oncológico, dificultando acesso a cura, visto que como citado anteriormente o descobrimento e o início precoce da patologia tendem a elevar as chances de cura, tornando o acesso à saúde lento e ineficaz para o caso apresentado. Tendo em vista as características elencadas foi implementada a Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019, comumente conhecida como a Lei dos 30 dias que “altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica” (IDEM, 2019, n.p), para assim diminuir o tempo de espera nas longas filas do SUS por um resultado conclusivo.

Em virtude do destacado sabe-se que o início ágil do tratamento é tão importante quanto o seu diagnóstico precoce, para isso foi instituído em lei um prazo de 60 dias, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início a legislação em questão é a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012.

Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único (IDEM, 2012, n.p).

Tal legislação não descarta a imposição médica de encurtamento do prazo, de acordo com a análise do profissional e as especificidades do caso, sendo assim apesar da legislação vir para assegurar parâmetros de atuação, direitos e deveres, não retira da equipe de saúde sua autonomia, desde que a mesma seja respaldada em necessidades clínicas evidentes e que as mesmas sejam documentadas, com a égide do profissional responsável.

Entretanto, por se tratar de um tratamento de custo elevado existem poucas unidades hospitalares que oferecem o serviço de tratamento oncológico via SUS e por este motivo impossibilita o acesso de comunidades que residem distantes desses centros hospitalares. Visto que uma das heranças do Brasil Pré-Carta Magna de 1988 é a distribuição dos equipamentos de saúde altamente desigual, concentrando-se em regiões geográficas que correspondem aos núcleos mais abastados e populosos da sociedade, criando um afastamento geográfico de regiões periféricas, marginalizadas

e rurais, sendo que para atender a população que compõem estas regiões são referenciados hospitais de atenção terciária. Tais equipamentos de saúde normalmente são referência para dezenas ou centenas de cidades que não necessariamente são próximos, mas apenas pela ausência de equipamentos de alta complexidade para atender a população em questão.

Erigida em 25 de fevereiro de 1999, a Portaria nº 55/99 trata sobre o Tratamento Fora do Domicílio – TFD, tem por “objetivo garantir o acesso de pacientes moradores de um município a serviços assistenciais em outro município, ou ainda de um Estado para outro Estado” (INCA, 2022, p.16). Este ainda poderá abranger além do transporte, a hospedagem e o auxílio nos custos que se relacionam à alimentação quando indicado, e é concedido com exclusividade aos pacientes atendidos na rede pública e referenciada.

O TFD é um instrumento legal que garante o tratamento de média à alta complexidade a pacientes portadores de doenças não tratáveis em seus municípios de origem, fornecidos pelo SUS, de acordo com a gravidade das enfermidades, estes pacientes necessitam do suporte de acompanhantes e a portaria vigente autoriza a despesa com acompanhantes após a indicação médica. Apesar do transporte ser assegurado pela legislação em questão, a mesma não define especificamente qual dos entes federativos seria responsável pelo custo, dessa forma os estados e municípios se eximiam de sua responsabilidade e assim as pessoas com câncer enfrentavam mais um empecilho que diz respeito ao acesso do tratamento oncológico, para tanto foi promulgada uma nova legislação que define a qual ente federativo seria vinculado o dever de garantir o transporte e trazer maiores especificações.

Para dar continuidade aos avanços no campo da saúde e a eficácia de tratamento foi votada e aprovada a Lei nº 3.039/20 que institui o serviço gratuito de transporte para tratamento de saúde, na modalidade porta a porta, destinado aos portadores de doenças consideradas graves, associando este dever a nível municipal (BRASIL, 2020, n.p). Contudo, a legislação destacada não estipula as condições dos transportes e os governos municipais se eximem ou de garantir este direito à população, prestando de forma não regulamentada, ou seja, não efetivam o

transporte “porta a porta” ou não garantem condições de transporte digna e de acordo com as necessidades especiais estabelecidas pela equipe de saúde.

Portanto, são copiosas legislações e portarias que visam garantir o direito de acesso ao tratamento oncológico, sendo que todas as normativas apresentadas neste documento são complementares e estão previstas no Estatuto da Pessoa com Câncer, os direitos da Seguridade Social, desde os ligados diretamente à Saúde, bem como à Assistência Social e à Previdência Social, são amplamente associados às pessoas com câncer e aos seus respectivos acompanhantes, dentre tantas outras que visam amenizar as expressões da Questão Social, evitando a evasão do tratamento e o aumento da possibilidade cura, contudo ainda são encontrados subterfúgios para retardar a não disponibilização de direitos.

Apesar de toda essa aparelhagem conectada em busca de um bem comum não existe a democratização de tais informações, ou seja, a sociedade representada nos portadores de neoplasias, familiares e acompanhantes ainda não tem conhecimento das mesmas, acarretando a dificuldade no acesso e se perpetua as complexidades ligadas a Questão Social. Expandindo o viés de crítica, às dificuldades de acesso à burocracia não se restringem a saúde, sendo assim os pacientes melhor informados ainda se submeteram a um caminho árduo de acesso a direitos “extrasus”.

CAPÍTULO III - CONSIDERAÇÕES ACERCA DA CONSOLIDAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SEGURIDADE SOCIAL: Efetividade na realidade da pessoa com câncer

3.1 Aspectos Metodológicos

A pesquisa intitulada Serviço Social e Saúde Oncológica: Como a Questão Social afeta o processo de cura, busca compreender de qual maneira as expressões sociais implicam e se demonstram no cotidiano do tratamento oncológico. Para atingir o objetivo proposto encontra-se subsídios científicos por meio de uma abordagem de cunho qualitativa, através da revisão de legislações, do contexto histórico, e a partir da pesquisa bibliográfica, tendo como meios de fundamentação artigos acadêmicos, revistas, livros e reportagens encontradas em veículos on-line de informação. A

interpretação crítica de dados foi amplamente utilizada para efetuar um estudo concreto da realidade, a coleta de tais dados e informações, e construção do texto se deu no período de aproximadamente um semestre, ou seja, seis meses, entre fevereiro e novembro de 2023

Tem como objeto de estudo os pacientes oncológicos que enfrentam impasses para efetivar seus direitos na adesão e cotidiano do tratamento, objetivando – a partir de uma conceituação de saúde por meio de um contexto histórico de movimentos, revoltas e reivindicações, como este é expresso na realidade hodierna da saúde oncológica brasileira, da compreensão dos atravessamentos entre expressões sociais e o tratamento de neoplasias, e como as vastas legislações tentam de forma falha reverter estas implicações – desvelar quais expressões sociais afligem os pacientes oncológicos e como as legislações não chegam a essa parcela da população mais vulnerável em tratamento.

Com base no que foi destacado, optou-se por uma pesquisa com referências bibliográficas e com base neste contexto científico, as autoras Telma Lima e Regina Miotto (2007) consideram que esta vertente de pesquisa deve ser resultante da procura crítica por informações de cunho bibliográficas, que deve ocorrer por meio da seleção categórica de documentos que tenham uma relação íntima com a problemática definida pela pesquisa em questão, tais como os contidos em documentos com validade científica, tais como livros, verbetes de enciclopédia, artigos de revistas, trabalhos de congressos, teses, e outra variedade de documentos, e o respectivo fichamento das referências para que sejam posteriormente utilizadas. Esse levantamento bibliográfico possibilitará compreender a realidade estudada para posterior explicação. Compreende-se que:

A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente [...] uma contrapartida que pode comprometer em muito a qualidade da pesquisa. Muitas vezes as fontes secundárias apresentam dados coletados ou processados de forma equivocada. Assim, um trabalho fundamentado nessas fontes tenderá a reproduzir ou mesmo a ampliar seus erros (GIL, 2009, p. 50-51).

A utilização da fonte primária se dará com a pesquisa por material bibliográfico de pesquisadoras(es) que tenham relevância comprovada e compactuam com o objeto e objetivo da pesquisa, os quais devem ter prestigiado reconhecimento no que se refere ao âmbito de conhecimento social, legislativo, histórico e referente a saúde

geral e oncológica, restringindo estas vertentes com base sediada nas seguintes palavras chaves: oncologia, Questão Social, determinantes sociais e saúde.

A relevância de cunho acadêmico foi apreendida na experiência obtida por meio do Estágio Curricular Acadêmico, o qual causou inquietação por não encontrar facilidade no acesso a referenciais amplos que embasassem a prática profissional no supracitado espaço sócio-ocupacional. Destarte, não deve ser considerada esgotada a produção acadêmica referente às consequências da expressão social e os rebatimentos no processo árduo de cura, devendo ser avaliado por uma perspectiva científica.

Dessa maneira, o documento em questão visa buscar contribuir socialmente para a construção de uma leitura que verse sobre o assunto, objetivando dar uma maior visibilidade para a temática que atualmente ainda é pouco debatida na academia, além de devolver para os sujeitos da pesquisa - pacientes oncológicos - o reconhecimento da importância de um processo de cura voltado não apenas para o viés fisiológico e anatômico, bem como para o social e econômico, facilitando o processo de cura e tornando equitativo o acesso ao mesmo.

3.1.1. Fases de produção do trabalho

FASE	PROCEDIMENTO
<p style="text-align: center;">FASE I Produção do Projeto</p>	<p>O presente estudo surgiu a partir da observação e ações acompanhadas no estágio acadêmico I e II, realizados no Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, em Barbalha, o qual é referência a nível oncológico em 45 municípios do Estado do Ceará.</p>
<p style="text-align: center;">FASE II Busca do Acervo</p>	<p>Com alvo em analisar as principais referências acerca do tema apresentado, optou-se pela pesquisa bibliográfica por meio da análise documental obtida em legislações sancionadas pelo governo brasileiro, leitura de livros, artigos, teses e dentre outros. Os dados contidos no texto foram colhidos em plataformas digitais, tais como: CAPES, biblioteca virtual de saúde BVS, SCIELO; e da biblioteca Professor Vladimir Pontes Menezes.</p>

FASE III Separação do Material	<p>Se sucedeu por meio da leitura e seleção do material que melhor se encaixava nos objetivos e objeto de estudo anteriormente determinados, para assim subtrair dados secundários ou irrelevantes para a pesquisa, catalogando aqueles com relevância científica reconhecida no meio acadêmico.</p>
---	--

3.1.2. Tipificação do material utilizado

TIPO	TÍTULO	AUTOR	ANO	PRINCIPAIS CONSIDERAÇÕES
ARTIGOS	Perfis Social e Previdenciário: influência na qualidade de vida dos pacientes submetidos à radioterapia.	Stella Grigolette Rodrigues, Lilian Chessa Dias, Marielza Regina Ismael Martins.	2022	Análise do perfil social, econômico e previdenciário de pacientes oncológicos
	Desigualdade Social e Câncer do Colo de Útero: uma revisão sistemática.	Karina Isabel Vieira de Almeida	2018	Compreender o câncer como questão de saúde pública e expressão da Questão Social, resultante da desigualdade social.
DISSERTAÇÕES	Limites e Possibilidades da Integração entre as Políticas Nacionais de Saúde e Assistência Social Frente às Necessidades Sociais do Câncer Infantojuvenil.	Gabrieli Branco Martins	2019	A intersetorialidade proposta pela Constituição Federal de 1988 versus a intersetorialidade dos sistemas que compõem o SUS e SUAS.
	A Perspectiva Dialógica na Garantia do Direito à Saúde: análise de uma iniciativa da defensoria pública articulada às gestões municipais de	Laisa Naiara Euzébio de Sá	2022	A banalização da judicialização, para adquirir direitos já regulamentados em legislações atreladas às políticas públicas.

	saúde no estado do Rio de Janeiro.			
LEGISLAÇÕES	Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004	Brasil	2004	Transformar em ações diretas os pressupostos da Constituição Federal de 1988 e da LOAS, por meio de definições, princípios e diretrizes que nortearão sua implementação.
	Lei nº 14.238 de 19 de novembro de 2021	Brasil	2021	Institui o estatuto da pessoa com câncer.
DOCUMENTOS	Direitos da Pessoa com Câncer: orientações ao paciente.	INCA	2022	Acervo de legislações que asseguram os direitos sociais do paciente oncológico.

3.2 Articulação entre o tripé da seguridade social e as legislações vigentes

É indispensável compreender que a Seguridade Social é um artifício que proporciona a proteção social da população brasileira, por meio do seu tripé constituído pela: Previdência social, que mantém uma lógica contributiva; a assistência social, voltada para aqueles que dela necessitam, rompendo com a herança assistencialista e adotando um viés de política pública; e a saúde, que se constitui como “direito de todos e dever do Estado”. É válido ressaltar que apesar destas terem diferentes estatutos e políticas distintas, as mesmas não se dissociam e estão constantemente atreladas.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 se constitui como um marco para ampliação dos direitos sociais, por meio da seguridade social, visto que anteriormente, os sistemas vigentes eram atrelados apenas aos segurados pela previdência social. De acordo com Yazbek:

[...] a seguridade social brasileira emerge como um sistema de cobertura de diferentes contingências sociais que podem alcançar a

população em seu ciclo de vida, sua trajetória laboral e em situações de renda insuficiente. Trata-se de uma cobertura social que não depende de custeio individual direto (YAZBEK, 2014, p. 89 apud MARTINS, 2019, p.31).

A Carta Magna define a seguridade social como um princípio que tende a nortear a proteção social, dispondo da universalização do acesso às políticas e assim expandindo sua cobertura, intitulado o Estado com grande responsabilidade sobre a sociedade, tendo este um papel primordial na aplicação e efetivação dos bens e serviços sociais. Contudo, há o consenso na literatura que não ocorreu a implementação da seguridade social bem como está descrita na constituição e as legislações formuladas com base na constituinte.

A seguridade social, é descrita de forma unificada na Constituição Federal, ou seja, que deveria ser regida por uma Lei de Organização da Seguridade Social (BRASIL, 1991), a qual estabeleceria um orçamento único para dos três pilares que constituem o capítulo intitulado de Ordem Social. Entretanto, foi elaborado separadamente projetos de leis para cada pilar da seguridade social, os quais foram aceitos pelo Congresso Nacional.

Sendo assim pode-se averiguar que as políticas de cunho social foram sistematizadas com o intuito de sua efetivação dispor da intersectorialidade entre estas, para que o seu objetivo universal e resolutivo fosse alcançado. Denotando que a Questão Social, a qual procuram sucumbir, possui alta complexidade e apenas uma Política Pública não é capaz de aliviar suas expressões, para isso é necessário a relação plena entre o tripé que constitui a Seguridade Social evidenciada na constituinte.

A intersectorialidade é amplamente discutida e possui, bem como a saúde, sentido polissêmico, em virtude dos vastos conceitos atribuídos ao mesmo, dentre estes a concepção predominante é a de estratégia de gestão, mas não obstante pode ser compreendida enquanto instrumento que permite a otimização de saberes, competências e relações sinérgicas em prol de um objetivo em comum; ainda sendo compreendida como uma maneira nascente de tratamento perante as problemáticas apresentadas na sociedade, por englobar ideias de integração e equidade, proporcionando o desenvolvimento social e a superação da temida exclusão social (MARTINS, 2019, p.35).

A Carta Magna traz como proposta para proteção social, a integração entre as políticas, porém existe uma ausência de cooperação entre às mesma, Gabrieli Martins

coloca que isso ocorre em decorrência do “nível de habilidade política, organizativa e também de resistência dos atores envolvidos nos diferentes setores que compõem o tripé da seguridade social” (IDEM, 2019, p.36).

O cenário evidenciado, se deve ao contexto histórico a qual as políticas estão inseridas, visto que a saúde apesar de anteriormente a Constituição Federal não ser universal, mas ligada a atividades laborais, já era consolidada como política, com suas especificações e reconhecida por elas, sendo assim pode-se dizer que possui uma trajetória melhor alicerçada, visto que a assistência social anterior a 1988 e a implementação da constituinte, era respaldada por ações filantrópicas e não adotava um viés de política pública, não sendo reconhecida como direito, tal qual como ocorre na atualidade. A respeito da previdência social, que possui um itinerário intensamente centralizado em seu eixo que reflete diretamente na hodiernidade, pois apresenta uma política de difícil integração às demais.

Devido a exponencial centralidade das políticas em si, a intersetorialidade era apenas uma palavra escrita na legislação, mas com a ampliação da responsabilidade estatal sob as políticas públicas, associadas ao modelo federativo instaurado em 1988, foi reforçada a necessidade da formulação de sistemas formais de Políticas Públicas, tais como o Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), apesar de já serem normatizadas sob a concepção da seguridade social e possuírem princípios, diretrizes e marcos organizativos.

Erigido em 1990, o SUS e em 2004 o SUAS, isto demonstra um lapso temporal sem que nenhum das políticas alcançasse sua plenitude, pois o SUS por si não garante com excelência o acesso à saúde, com base no princípio da equidade, tendo em vista as expressões da Questão Social, anteriormente destacadas, que por copiosas vezes impossibilita o acesso à prevenção, promoção e recuperação¹⁵.

Apesar da discrepância temporal é notório que os aspectos gerais instituídos nos sistemas em evidência tem relação íntima, devido a paridade entre estas, sendo que ambas possuem um caráter descentralizado, baseado na regionalidade e com polos na União, Estados, Municípios e unidade executoras bem delimitadas; estimulando a participação social, cobrindo todos os municípios brasileiros. Apesar

¹⁵ Está no rol de serviços que guiam as ações em saúde, presente na Política Pública de Saúde, mais especificamente na lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990 (BRASIL, 1990, p. 1).

destes aspectos o SUS é sumariamente universal e o SUAS se caracteriza pela coexistência da universalidade e focalização, sendo seletiva.

É válido destacar que a política de assistência social dispõem da intersectorialidade tal como está presente em sua legislação:

a Assistência Social, enquanto política pública que compõe o tripé da Seguridade Social, e considerando as características da população atendida por ela, deve fundamentalmente inserir-se na **articulação intersectorial com outras políticas sociais, particularmente, as públicas de Saúde**, Educação, Cultura, Esporte, Emprego, Habitação, entre outras, para que as ações não sejam fragmentadas e se mantenha o acesso e a qualidade dos serviços para todas as famílias e indivíduos (BRASIL, 2004, p. 42, grifo meu).

Isso possibilita uma abordagem mais ampla e concreta na vida do indivíduo, possibilitando maior resolutividade, e ocasionando uma disparidade com o SUS, visto que em sua legislação não aborda diretamente a intersectorialidade com as demais políticas públicas mesmo a intersectorialidade sendo um destaque no movimento sanitário brasileiro, que respaldou a saúde como a política pública conhecida atualmente no Brasil. Ademais na Lei Orgânica da Saúde a presença das palavras “integração”, “articulação”, “participação” e “colaboração” podem ser consideradas como alusão a intersectorialidade (IDEM, 1990, p. 2-14).

Com isso, pode-se estabelecer que as políticas de saúde e assistência social se complementam, mesmo que a política de saúde não mencione a assistência social, isso pode ser constatado em decorrência de seus sistemas sugerirem uma possibilidade de integração, e apesar desta possibilidade ainda existe empecilhos em suas integrações, pois segundo Martins: “o principal desafio que se coloca à efetivação da Seguridade Social é produzir meios que oportunizem sua integração” (DIAS, 2019, p. 39).

Em suma, a intersectorialidade é um processo de extrema importância para concretização da proteção social e em específico alcançar a saúde de forma plena, mas isso não subtrai a sua complexidade perante o exposto, exigindo decisões políticas substanciais para mudar a lógica setorial para a intersectorial, visando à cooperação e partilhamento de objetivos, favorecendo diálogos institucionais, superando as estruturas verticais presentes na história de centralidade do Brasil.

Consoante as ideias supracitadas, é imprescindível para o acesso ao tratamento oncológico, o suporte pleno e integral das políticas e serviços que compõem a seguridade, para tanto se instituiu o Estatuto da Pessoa com Câncer, por

meio da Lei nº 14.238 de 19 de novembro de 2021, cuja assegura em seu primeiro artigo:

a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o acesso ao tratamento adequado e o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com câncer, com vistas a garantir o respeito à dignidade, à cidadania e à sua inclusão social (BRASIL, 2021, n.p).

Esta legislação é erigida como resultado de reconhecimento da saúde oncológica como Questão Social, tendo em vista que apenas instituir o tratamento de forma gratuita a população, não garante o acesso dos indivíduos a mesma, pois cada realidade perpassa por situações adversas que diversificam, sendo assim não existe uma forma igual para o acesso. Para garantir que a cura e os aparelhos fisiológicos tenham efetividade é preciso utilizar-se do artifício destacado como a intersectorialidade característico da Seguridade Social.

A assistente social, Karina Almeida faz uma análise comparativa entre os avanços tecnológicos e dos fatores sociais, em seu artigo intitulado “Desigualdade social e câncer do colo do útero: uma revisão sistemática”, na qual ela apresenta de acordo com diversas pesquisas, evidências que comprovam que a ausência de intersecção entre as políticas que compõem a Seguridade Social, afetam diretamente a saúde dos seres, mesmo com os avanços e a tecnologia de ponta não são capazes de aumentar consideravelmente as taxas de cura, sem que os aspectos sociais sejam levados em consideração, tal como está descrito no trecho:

[...] evidenciou-se que mesmo diante dos avanços tecnológicos que proporcionaram uma melhora no diagnóstico e do tratamento, ainda há retardo no diagnóstico devido a fatores sociais, econômicos e culturais (ALMEIDA, 2018, p.10).

Existem ainda neoplasias malignas que são atribuídas à pobreza, não exclusivamente mas que potencializa o seu surgimento nas classes marginalizadas, sendo estas presentes nas localidades: estômago, colo de útero, pênis e cavidade oral (IDEM, 2018, p.9). Os fatores que proporcionam o seu surgimento para além dos fatores biológicos, são a exposição a fatores de risco ambientais, relacionados a industrialização e disparidades sociais¹⁶.

¹⁶ Para trazer mais clareza a discussão, pode-se dá como ilustração o câncer de colo de útero que tem como fator primordial o vírus do papiloma humano(HPV), mas que não causa evolução a etapa da neoplasia, para isso existem outro fatores relacionados, como: início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, baixa escolaridade e renda, e histórico de infecções sexualmente transmissíveis.

A literatura demonstra que em sua maioria os tipos de câncer destacados tem um bom prognóstico se diagnosticados e tratados precocemente, sendo o diagnóstico tardio o motivo para a elevada taxa de mortalidade. Com isso, os empecilhos no acesso ao diagnóstico, bem como no tratamento são evidenciados como os facilitadores para que a patologia se acentue, aumentando as taxas de ceifamento da vida daqueles que possuem a enfermidade, sendo o agravamento vinculado diretamente aos problemas de acesso à saúde, ocasionado pelos determinantes sociais.

Segundo Gutiérrez, “72% das mortes causadas por câncer se produzem em países de renda média e baixa” (GUTIÉRREZ apud Almeida, 2018, p. 8), sendo assim, para diminuir tal taxa de incidência e fatalidade é preciso compreender a neoplasia maligna para além do seu fator fisiológico, mas como expressão social, sendo necessário para o seu enfrentamento, além da questão epidemiológica, gestão de serviço, investimento financeiro na estruturação da atenção oncológica e a implementação de tecnologias de ponta, é urgente desvelar as condições pertinentes a vida das pessoas acometidas pelas neoplasias.

Um estudo efetuado por Dias, Martins e Rodrigues, desenvolvido no Hospital de base de São José do Rio Preto em São Paulo, realizado em julho de 2021, com sessenta pacientes da rede pública de saúde, a pesquisa demonstrou que 100% dos pacientes submetidos ao estudo realizaram radioterapia¹⁷, que 63,3% tinham baixa escolaridade/fundamental incompleto, 84,9% recebem algum benefício previdenciário e 81,6% eram profissionais que utilizavam-se de suas mãos de obra aliada a força física para o sustento, dentre eles se destacam trabalhadores rurais, serviços gerais, metalúrgico, motorista, costureira e pedreiro (DIAS; MARTINS; RODRIGUES, 2021, p. 3-5).

Com base nos dados apresentados é urgente destacar que o tratamento radioterápico fragiliza o corpo humano, impossibilitando atividades que necessitam de esforço físico, sendo que grande parcela da população estudada se utiliza da mesma para efetivar suas atividades laborais e produzir os materiais para subsistência, com a impossibilidade do trabalho devido a frequência de tratamento

¹⁷ É um procedimento para cura ou contenção da neoplasia, que pode ou não ser associada a outros tratamentos terapêuticos. Em sua maioria são fornecidas diariamente doses controladas de radiação, cinco vezes na semana, sendo a quantidade ditada pelo médico responsável. O tratamento tem alguns efeitos adversos de acordo com a taxa de radiação.

aliada à fragilidade corpórea, o tratamento seria impossibilitado devido as expressões elencadas, entretanto a grande maioria destacada recebe benefícios previdenciários para dar continuidade ao processo de cura.

Entretanto uma parcela considerável da população, são trabalhadores informais ou desempregados e assim não contribuem para previdência social e por tal motivo não pode ser segurado pela mesma, e é neste momento que a intersetorialidade demonstra sua importância, visto que o Benefício de Prestação Continuada (BPC) da assistência social e operacionalizado pela previdência social, garantido constitucionalmente, pode e deve ser ofertado aos pacientes. Em relação ao recurso financeiro afetando a qualidade de vida, Silva et al aponta:

[...] o dano financeiro às famílias é uma das consequências pouco debatidas após o diagnóstico, mesmo com o tratamento gratuito do SUS no Brasil que vem tratando de pacientes com dificuldades financeiras e poucos recursos, os quais enfrentam uma longa espera por consultas, exames e pelo tratamento contra a doença (SILVA et al apud DIAS; MARTINS E RODRIGUES, 2022, p. 5).

Tendo em vista este cenário uma política de saúde eficaz de tratamento do câncer, deve ofertar um tratamento adequado e de qualidade, é importante também capturar o contexto de cada paciente, realizado por meio da comunicação e da assertividade, para que assim efetive um estudo social e chegue a resolutividade por meio da intersetorialidade proporcionada pela seguridade social.

Destarte, a intersetorialidade, o direito e o acesso a políticas públicas de uma forma geral é destacado no Estatuto da pessoas com câncer, por meio do artigo 11

O direito à saúde da pessoa com câncer será assegurado mediante a efetivação de políticas sociais públicas, de modo a garantir seu bem-estar físico, psíquico, emocional e social com vistas à preservação ou à recuperação de sua saúde (BRASIL, 2021, n.p).

As políticas públicas destacadas no texto são a nível previdenciário, de assistência social e de saúde, tendo uma cartilha e guias publicados pelo INCA, desde 2002 e que é atualizado anualmente, para abarcar as legislações vigentes que garantam o bem-estar do paciente, seja social, psíquico ou fisiológico. Em sua apresentação a cartilha esclarece o objetivo de sua publicação:

O Serviço Social e a Direção-Geral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) elaboraram esta publicação para responder às dúvidas mais frequentes sobre os direitos da pessoa com câncer. É uma preocupação da nossa instituição garantir que vocês tenham acesso a todas as informações que necessitam para o tratamento (INCA, 2022, p. 5).

Este trecho inicial demonstra que além dos determinantes sociais ligados ao pauperismo e marginalização, a ausência de democratização das legislações que abarcam o acesso ao tratamento oncológico, se demonstra como expressão social com forte influência no meio, pois os acompanhantes e pacientes não podem reivindicar seus direitos que facilitam o processo de cura, sem a real compreensão dos mesmos. Além do exposto, o texto é um guia com linguagem facilitada para o acesso às políticas públicas, destacando a qual profissional ou instituição recorrer em caso de dúvidas.

Em síntese, para atender as demandas de saúde da população oncológica, seus familiares e acompanhantes, é urgente pensar formas mais adequadas de organização dos serviços de maneira a garantir, não só a entrada no sistema, mas, também, um cuidado integral contínuo e ordenado. Para isso, é necessário assegurar a intersectorialidade entre os sistemas unificados de saúde, assistência e previdência social, por meio da democratização do conhecimento e facilitação do acesso.

3.3 “Tinha uma pedra no meio do caminho”: Como o viés burocrático inviabiliza o acesso a direitos

A promulgação da Constituição federal de 1988 representou uma ruptura com o passado assistencialista das políticas sociais e foi um importante artifício na progressão da proteção social no Brasil, solidificando uma base para as legislações voltadas à seguridade social. Entretanto faz-se urgente compreender o contexto complexo em que está inserida, para que posteriormente fique claro as “pedras” encontradas no caminho para legitimar e assegurar os direitos na realidade, para além do papel.

Ademais, a seguridade social destacada só é possível graças ao histórico de reivindicações e mazelas da classe trabalhadora, visto que é impossível apartá-la do capitalismo, pois segundo Behring:

Em geral, é reconhecido que a existência de políticas sociais, é um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa, ou seja, do específico modo capitalista de produzir e reproduzir-se (BEHRING, 2009, p.13).

Para tanto faz-se necessário realizar uma retomada histórica, para que assim fique claro que a Seguridade Social é pertencente a sociedade capitalista de tal forma

que tem suas origens atreladas a crises cíclicas do capital e suas mudanças estruturais, tais como o período entre guerras, mais especificamente os finais da Segunda Grande Guerra, atrelado a ascensão do modelo capitalista de Estado de Bem Estar Social.

Posteriormente a formulação da constituinte, veio a emergir nos países capitalista um novo modelo, o neoliberalismo, o qual vai na contramão dos direitos sociais e da interferência do Estado na sociedade, ou seja, anula o que está descrito na Constituição Federal e inviabiliza o pleno acesso da sociedade canarina ao que está descrito na legislação. Sobre este lapso histórico, Martins assegura:

[...] o Brasil se redemocratizou e institucionalizou a proteção social na mesma época em que se vivia uma forte crise internacional que ampliava o endividamento e a inflação. A Constituição Federal era incompatível com a concepção do Estado Mínimo no cenário de concorrência capitalista mundial que se consolidava (MARTINS, 2019, p. 31).

Com isso pode-se estabelecer que o Brasil não desfrutou do Estado de bem estar social, embora a arquitetura da seguridade social brasileira tenha orientação e conteúdo que contemplem o modelo capitalista em questão, as características excludentes do mercado de trabalho, o pauperismo, o alto nível de concentração de renda e a publicização do Estado brasileiro, podendo assim traduzir que a concepção de seguridade social não concretizou a universalização do acesso aos benefícios sociais.

O sucateamento da proteção social é uma realidade hodierna, cujo consiste na regressão de direitos trabalhistas e previdenciários, a flexibilização do mercado de trabalho, o avanço da privatização de políticas sociais estratégicas, como: saneamento, mobilidade, saúde, previdência e educação, reforma da previdência social, reorganização da política de assistência social, impressão de uma racionalidade sistêmica aos programas de saúde e as imposições de dificuldade de acesso a proteção social, ou seja, um significativo esvaziamento do pacto federativo.

O sanitarista e professor da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Gastão Wagner de Sousa Campos, ministrou uma palestra para o Observatório do SUS, da Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), intitulada: “O SUS: sob ameaça ou diante de uma janela de oportunidade?” Gastão apontou algumas das atuais ameaças para o SUS, entre elas, ele citou as tentativas de privatização e terceirização do SUS por movimentos políticos e grupos de interesse, que enfraquecem o sistema (MONTEIRO, 2023, n.p).

Este interesse de privatização foi banalizado no Brasil, em decorrência do modelo neoliberal instaurado no país em meados da década de 1990, e bem como o professor Gastão Campos enfatizou, este processo tem como foco fragilizar os serviços gratuitos prestados pelo SUS e põem em risco um direito adquirido em 1988, o da saúde como direito de todos e dever do Estado de prestar este serviço a sociedade.

Destarte existe outro meio de fragilizar o acesso da população a este serviço, que seria por meio da burocratização, visto que o processo de promoção, proteção e recuperação é tão retardado que uma parcela da população recorre a outros meios, como instituições privadas e/ou planos de saúde, para aqueles que não tem outros meios a recorrer, se veem reféns das longas filas. O acesso a outros benefícios, da assistência social e previdência também incorrem na burocratização, o qual é utilizado como subterfúgio para evitar o acesso à saúde compreendida do ponto de vista biopsicossocial.

Ademais, está não é uma condição exclusiva do território canarinho, pois para uma gama de pesquisadores e estudiosos do tema, está uma característica inata ao neoliberalismo, bem como esclarece Yasbeck, sobre uma análise da América Latina:

Em síntese, a proteção social no Brasil possui características comuns à maioria dos países latino-americanos, principalmente no acesso desigual, heterogêneo e fragmentado dos bens e serviços sociais (YAZBECK, 2014, n.p, apud MARTINS, 2019, p.34).

Não obstante, há traços que exprimem particularidades na proteção social brasileira, bem como as políticas setoriais, pois são impostas a estas limitações que não as permite responder à complexidade das expressões sociais, por isso é tão importante a articulação entre as políticas. Assim a ideia de intersectorialidade passa a ser pleiteada, pois isoladamente as políticas não respondem adequadamente às necessidades expressas pela população, entretanto as comunidades mais vulneráveis são submetidas a uma dupla burocracia, que dizem respeito ao acesso a saúde de qualidade, por meio fisiológico, via SUS e aliviando as imposições social, via SUAS e previdência.

Levando em consideração o panorama evidenciado, bem como os determinantes sociais de saúde que perpassam o processo de adoecimento e o tratamento oncológico, pode-se destacar com base no texto de Almeida que as condições de acesso ao SUS para diagnóstico, as condições de acessibilidade,

levando em consideração as necessidades de transporte, hospedagem e alimentação; manutenção dos meios de subsistência - renda e trabalho - manutenção dos vínculos familiares e sociais; a condição de moradia e as necessidades de cuidado requerida pelo tratamento. Somando-se a fragilização física decorrente do adoecimento por câncer e pelos efeitos físicos do tratamento (ALMEIDA, 2018, p.4).

Tendo em vista estes aspectos pode-se entender o que uma vasta gama de autores pontua como sendo fatal para a pessoa com câncer, em que a população marginalizada possui maior risco de adoecer e vir a óbito em comparação a parcela da população mais privilegiada, em decorrência das expressões sociais associadas ao pauperismo e a vivência cotidiana da classe trabalhadora.

Para amenizar estas questões é que os profissionais associados à saúde se alinham a outros benefícios, tal como o TFD que almeja solucionar as questões voltadas ao transporte, alimentação e hospedagem, pois na maioria dos casos os pacientes oncológicos necessitam se deslocar de seus municípios para efetivar o tratamento, contudo pode-se perceber que na realidade este mecanismo não tem grande resolutividade, visto que o texto de Almeida que evidencia questões relacionadas foi publicado em 2018 e o referido benefício foi instituído pela Portaria nº. 55 em 24 de fevereiro de 1999 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem quando esgotado todos os meios de atendimento.

Acerca dos riscos evidenciados para a subsistência, o paciente oncológico tem seus direitos previdenciários resguardados acaso ao longo de sua vida tenha contribuído para a mesma, sendo longa a lista de benefícios previdenciários ao qual este pode receber, desde aposentadoria por idade/contribuição, por invalidez, auxílio por incapacidade temporária, dentre outros, destarte uma grande parcela da população trabalha por meios informais, sendo traduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 39,3 milhões de pessoas no segundo trimestre de 2022 trabalhando na informalidade (CARNEIRO, 2022, n.p).

Os profissionais informais não contribuem para previdência social, e/ou apesar de ser contribuinte não tem tempo de contribuição hábil para receber aposentadoria,

para evitar evasão do tratamento e elevar a condição monetária pode ser concedido o benefício da assistência social, o BPC. Mas os pacientes enfrentam outra problemática quanto ao recebimento dos benefícios elencados, seja da previdência ou assistência, os mesmos irão enfrentar e da fila nacional¹⁸ do INSS (Instituto Nacional da Seguridade Social), que também atinge os contribuintes em tratamento oncológico, a qual possui um processo vagaroso de aprovação, sendo assim inúmeros pacientes abdicam do seu direito à cura para não terem suas vidas e de seus dependentes ceifadas por um agravante social, a fome.

Ademais, quando é possível o início do tratamento, em seu decorrer é comum que hajam alterações físicas que variam de acordo com cada organismo, tais alterações levam em consideração as particularidades fisiológicas, psicológicas e ambientais das quais o ser com neoplasia maligna está inserido. Sendo assim, inúmeras vezes acabam impactando a vida cotidiana, como a forma de alimentação, cuja em decorrência dos aspectos supracitados, tem a possibilidade de ocorrer via sonda nasoenteral, e a alimentação específica utilizada, que será prescrita por um(a) nutricionista, em sua maioria são alimentos que não estão à disposição da família, que precisará arcar com a compra quando o mesmo não for disponibilizado pela secretaria de saúde do município de origem.

É válido destacar que os deveres do Estado são divididos, de acordo com o princípio de descentralização inerente ao SUS e a pactuação entre os três níveis de gestão, contudo existem regiões que se isentam de prestar serviços de suas responsabilidades, como o direito ao transporte, a alimentação por sonda nasoenteral, do tratamento medicamentoso e até mesmo o diagnóstico precoce. Sendo assim, o direito à saúde é constantemente negado, seja direta ou indiretamente, visto que não adianta dispor de medicações, espaços e equipe multiprofissional, se a situação social e econômica dos indivíduos não os permitam passar pelo processo de cura.

Quando o Estado se exime de garantir os direitos da população assegurada pelas legislações relacionadas a seguridade social, a camada mais esclarecida que

¹⁸ Grupo de pessoas que aguardam uma resposta da Previdência Social para receber algum benefício previdenciário. Atualmente existem mais de 1,5 milhão de segurados à espera de algum benefício, segundo dados do Instituto Brasileiro de Direito Previdenciário (IBDP) obtidos via Lei de Acesso à Informação (G1, 2023, n.p).

tem domínio de suas necessidades e direitos, recorre ao sistema judicial, por meio da judicialização:

Sobre a judicialização da saúde [...] a temática tratada demandas judiciais avolumadas solicitando medicamentos, exames e procedimentos no SUS e que é participe do contexto em que a assistência a saúde é precária e insuficiente [...] as decisões do magistrado são pontuais, sem observância ao amplo direito à saúde (SÁ, 2022, p. 30)

A autora ainda afirma que na maioria dos processos de judicialização da saúde a qualidade do serviço prestado não é discutida, mas apenas o acesso, alcance e cobertura, visto que os executores do direito, não tem competência na área da saúde para fazer a análise das condições fisiológicas do paciente em questão e assim fica a critério do ente federativo como o serviço em questão será executado. Nesta óptica, as ações do judiciário são micro, pontuais e sem implicação no todo, ou seja, não provoca o alargamento do acesso a todos, dando continuidade aos processos de judicialização e retardando o acesso à saúde pública e de qualidade.

A autora Euzébio de Sá (2022), provoca um questionamento acerca da banalização do processo de judicialização de direitos já assegurados à população pelas políticas públicas, processos estes que são tão comuns nos equipamentos do judiciário. Sendo assim, este acúmulo de judicialização são erigidos do descaso do Estado em fornecer bases sólidas para o acesso ao tratamento, em decorrência da fragilidade evidenciada como característica do neoliberalismo.

Portanto, é possível constatar que os aspectos sociais e econômicos do cotidiano do paciente oncológico são de extrema importância para a recuperação da saúde, pois estes podem impedir que o tratamento se concretize e ou ocorra sem êxito, sendo assim a Questão Social além de gerar enfermidades, no campo oncológico, tende a agravar os sintomas e gerar a evasão do tratamento. É válido ressaltar que este período é delicado para saúde completa do indivíduo, pois fragiliza o psicológico, deve-se ainda deter um copioso cuidado com a higiene, tal aspecto é dificultado pela escassez de financiamento de ambientes e materiais próprios para higiene.

Dessa forma, pode-se constatar que o câncer não está ligado apenas a questões anatômicas e deve ser abrangido e avaliado por um viés social e de direitos humanos dessas pessoas que portam a neoplasia maligna e que detém sua dignidade

deturpada de alguma forma, este completo mal-estar vai além do adoecimento corporal, compreendendo assim o câncer como uma patologia de cunho social, que deve ser tema de estudos nas mais vastas áreas de atuação, para que as pedras no caminho sejam retiradas, os ao menos postas de lados, desbloqueando o caminho e permitindo a passagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito hospitalar cogita-se com muita frequência, a respeito dos mecanismos fisiológicos utilizados para que tratamentos de cunho oncológico tenham-se uma melhor resolutividade e assim acarrete a cura física do paciente em questão, levando apenas em consideração os aspectos físicos do indivíduo, inúmeras vezes ignorando a possibilidade de aplicação de tais recursos, visto que hodiernamente grande parte da população canarina vivencia um estado de extrema vulnerabilidade social, a qual implica diretamente na possibilidade de um tratamento que eleve significativamente as possibilidades de cura.

Destarte, existe um aspecto primordial para que estas intervenções sejam aplicadas e tenham uma conclusão positiva para os meios envolvidos, a qual pode ser traduzida pelos aspectos sociais que influenciam diretamente a vivência dos seres e a capacidade de submissão ao tratamento. Tendo em vista os aspectos apresentados fez-se imprescindível a análise das expressões da Questão Social que perpassam o cotidiano da sociedade capitalista e que por copiosas vezes implicam no processo de cura de pacientes oncológicos.

Diante o que fora abordado nesta produção, foi possível observar o trajeto histórico ao que tange às Políticas Públicas de Saúde e perceber que a construção de um sistema de proteção voltado a saúde da população em geral é uma construção histórica, respaldada nas relações sociais existentes, e assim, perceber o amadurecimento de organismos nacionais, que influenciaram, quase que obrigatoriamente, ao acesso a direitos fundamentais. Em especial, o direito ao bem-estar completo, baseado na saúde como resultante de um status biopsicossocial.

Em outra instância é válido ressaltar que a partir do momento em que um indivíduo inicia um processo de investigação médica que interroga um possível caso de câncer, o mesmo se torna paciente oncológico e a ele é atribuído um aparato de leis que o protege e garante os seus direitos básicos como a vida, a possibilidade de diagnóstico, bem como de um futuro tratamento. Entretanto apenas os direitos básicos previstos na Constituição Federal de 1988 e a lei que rege o SUS não foram suficientes, visto que diversos pacientes ainda evadem do tratamento por motivos

ligados às expressões sociais, sendo assim são previstas um leque de leis que garantem esse tratamento na tentativa de amenizar estas expressões e possibilitar uma resolutividade positiva para o processo de cura.

Refletir sobre a saúde como direito de todos e dever do Estado é dialogar com teorias e práticas existentes, na qual pode-se compreender que o acesso à saúde universal e de qualidade, ocorre de forma desigual para diversas margens da população, isto ocorre em decorrência da Questão Social.

A presente pesquisa teve por finalidade realizar uma análise socioeconômica dos pacientes que ocupam as salas de espera de instituições de saúde para tratamento oncológico, efetivando um comparativo entre a vulnerabilidade social, a evasão do tratamento e a possibilidade de cura. Objetivando especificamente trazer as expressões sociais como agravantes do quadro clínico, ou seja, agravo do adoecimento corporal, compreendendo as barreiras impostas nas possibilidades de tratamento que enfrentam dada a condição social e econômica em uma sociedade capitalista.

Tratar as relações sociais como possíveis agravantes do quadro clínico de pacientes oncológicos é uma temática de urgência, visto que as produções são irrisórias e acarretam consequências para a cura destes indivíduos. Foi possível considerar que apenas recentemente os agravantes destacados por determinantes sociais vêm sendo discutidos, ainda de forma prematura no campo acadêmico e profissional, visto que apenas em 2003, foi formada a primeira comissão global para estudo do tema, contudo os mesmos ainda não são estabelecidos e estudados no âmbito do tratamento. Sendo necessário então analisar as alternativas impostas para preencher lacunas e condições mínimas que permitam o tratamento, alternativas essas que se tratam de Políticas Social enquadradas e complementares às legislações do SUS e do SUAS.

Em outra perspectiva se estabelece o quesito informação, visto que grande parcela da população ainda carrega estigmas sobre o processo de cura, como é retratado pela Assistente Social Sandra Neves em uma entrevista ao CRESS- RN, que com base em sua experiência em saúde oncológica relata que “Infelizmente, um dos fatores que fazem com que esse paciente chegue ao serviço especializado

tardiamente é o estigma da doença, o preconceito e a falta de acesso à informação, sendo esta última um dos gargalos ao atendimento precoce” (CRESS, 2020, n.p.). Dessa forma, é válido ressaltar que não basta formular leis, mas gerar mecanismos que permitam aos seres se reconhecerem como sujeito de direitos e expandir o conhecimento acerca destas legislações, por isso a presença de assistentes sociais nos âmbitos referentes à saúde é tão urgente.

Sendo assim, este documento abordou as perspectivas sociais ligadas aos indivíduos que estão em tratamento oncológico e como os aspectos socioeconômicos são diretamente proporcionais à porcentagem de cura do câncer, por meio de pesquisa bibliográfica, análise de diretrizes e leis, bem como documentos que regem a atuação de assistentes sociais em tais espaços.

Dessa forma, a pesquisa contribui socialmente para a construção de leituras que versem sobre o assunto, objetivando dar mais visibilidade para a temática que ainda é pouco debatida na academia e espaços profissionais, além de devolver a autonomia dos pacientes oncológicos e seus acompanhantes, emancipando e munindo-os dos seus direitos conquistados, fornecendo-os informações para além do que buscar e como buscar, mas deixando-os cientes de como a marginalização ocorre, permitindo aos sujeitos da pesquisa a possibilidade de um tratamento equitativo e o alcance da tão almejada cura física, por meio da amenização dos impasses sociais.

REFERÊNCIAS:

ARAUJO, Maristela Dalbello; SODRÉ, Francis; GARBOIS, Júlia Arêas. **Da Noção de Determinantes Sociais da Saúde**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v.41, nº. 112, p.63-76, 2017

ALMEIDA, Liz Maria de. **Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025**. Revista Brasileira de Cancerologia. Rio de Janeiro: 2023.

ALMEIDA, Karina Isabel Vieira de. **Desigualdade Social e Câncer do Colo do Útero: uma revisão sistemática**. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, XVI, 2018, Vitória.

BALDISSERA, Olívia. **Modelo biopsicossocial: dê adeus à separação entre saúde física e mental**. Saúde mental e neurociência da PUC-PR. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2021. Disponível em: <https://posdigital.pucpr.br/blog/modelo-biopsicossocial>. Acesso em: 09/10/2023.

BARRETO, Eliana Maria Teixeira. **Acontecimentos que Fizeram a História da Oncologia no Brasil**: Instituto Nacional de Câncer (INCA). Revista Brasileira de Cancerologia 2005; 51(3): 267-275.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978. Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Decreto-lei nº 1.402 de 4 de julho de 1939**. Regula a associação em sindicato. Brasil: Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 4 de jul.

_____. **Decreto-lei nº 24.694, de 12 de julho de 1934**. Dispõe sobre os sindicatos profissionais. Brasil: Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 12 de jul.

_____. **Decreto-lei nº 19.770, de 19 de março de 1931.** Regula a sindicalização das classes patronais e operárias e dá outras providências. Brasil: Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 19 de mar.

_____. **Lei nº 3.039 de 11 de março de 2020.** Institui o Serviço Especial Gratuito de Transporte para tratamento de saúde. Brasil: Câmara dos Deputados, 2020.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasil: Diário Oficial da União, Brasília, 19 de set.

_____. **Lei nº 13.896 de 30 de outubro de 2019.** Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. Brasil: Câmara dos Deputados, 2019.

_____. **Lei nº 14.238, de 19 de novembro de 2021.** Institui o estatuto da pessoa com câncer e dá outras providências. Brasil: Diário Oficial da União, Brasília, 19 de nov.

_____. **Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012.** Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasil: Câmara dos Deputados, 2020.

_____. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasil: Diário Oficial da União, Brasília, 28 de dez.

_____. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.** A presente Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 - NOAS-SUS 01/02 resulta do contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando o aprimoramento do Sistema Único de Saúde. Brasil: Diário Oficial da União, Brasília, 27 de fev.

_____. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de

saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasil: Diário Oficial da União, Brasília, 20 de mai.

_____. **Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013.** Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil: Diário oficial da União, Brasília, 16 de mai.

_____. **Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991.** A presente Norma Operacional Básica tem por objetivo fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS, elaborada de conformidade com as Leis nº 8.074/90 e 8.080/90. Brasil: Diário Oficial da União, Brasília, 07 de jan.

BRAVO, Maria Inês Souza; Menezes, Juliana Souza Bravo. **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos:** desafios atuais. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BREILH, Jaime. **Entrevista.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 13 n. 2, p. 533-540, maio/ago. 2015.

CAMPOS, Gastão Walter de Sousa et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** 2ª ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012.

CARNEIRO, Lucianne. **País atinge recorde de número de trabalhadores informais no 2º trimestre, diz IBGE.** Valor, 2022. Disponível em: <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2022/07/29/pais-atinge-recorde-de-numero-de-trabalhadores-informais-no-2o-trimestre-diz-ibge.ghtml>. Acesso em: 10/11/2023.

CARVALHO, Raúl; IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 41ª ed. São Paulo: Cortez, 2014.

CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Grupo de trabalho sobre serviço social na saúde, Brasília, março de 2009.

COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natália. **Democracia Participativa e Controle Social.** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

CRESS/RN. **CRESS Entrevista Sandra Neves sobre Serviço Social e Oncologia.** Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/noticias/ver/1421>. Acesso em: 08/11/2023.

DIAS, Lilian Chessa; MARTINS, Marielza Regina Ismael; RODRIGUES, Stella Grigolette. **Perfis Social e Previdenciário:** influência na qualidade de vida dos pacientes submetidos à radioterapia. Revista brasileira de cancerologia, 2022.

ENGELS, Friedrich; MARX, Karl. **Manifesto do Partido Comunista.** 3ª ed. São Paulo: Edipro, 2015.

ENGELS, Friedrich. **Sobre a Questão da Moradia.** Tradução de Nélio Schneider. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2015.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** 25ª ed. São Paulo: Graal, 2012.

GERMINAL. Direção: Claude Berri. Produção: Claude Berri, Pierre Grunstein, Bodo Scriba. França: DD Produções, 1993.

HOCHMAN, Gilberto. **Reformas, Instituições e Políticas de Saúde no Brasil (1930-1945).** Educar, Curitiba, nº 25, p. 127-141, 2005. Editora UFPR.

IANNI, Aurea Maria Zöllner. **Questões Contemporâneas Sobre Natureza e Cultura:** notas sobre a Saúde Coletiva e a Sociologia no Brasil. Saúde Soc., São Paulo, v. 20, nº1, p.32-40, 2011.

INCA. **Direitos da Pessoa com Câncer:** Orientações ao usuário. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – 5. ed., 3. reimpr. – Rio de Janeiro : INCA, 2022.

JORNAL NACIONAL. **Apesar do Programa Federal Criado para Abreviar a Espera, INSS Segue com Fila de Mais de 1,5 Milhão de Pedidos de Benefícios.** G1, 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2023/09/19/apesar-do-programa-federal-criado-para-abreviar-a-espera-inss-segue-com-fila-de-mais-de-15-milhao-de-pedidos-de-beneficios.ghtml>. Acesso em: 10/11/2023.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Políticas Sociais e de Saúde.** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

MARTINS, Gabrieli Branco. **Limites e possibilidades da integração entre as políticas nacionais de saúde e assistência social frente às necessidades sociais do câncer infantojuvenil**. Mestrado em Saúde Pública Instituição de Ensino: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, Biblioteca Depositária: Saúde Pública, 2019.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Igualdade**. Enciclopédia jurídica da PUC-SP. Celso Fernandes Campilongo, Alvaro de Azevedo Gonzaga e André Luiz Freire (coords.). Tomo: Direito Administrativo e Constitucional. Vidal Serrano Nunes Jr., Maurício Zockun, Carolina Zancaner Zockun, André Luiz Freire (coord. de tomo). 1ª ed. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2017. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/4/edicao-1/igualdade>. Acesso em 30/09/2023.

MONTEIRO, Danielle. **Observatório do SUS é Lançado com Debate sobre Ameaças e Oportunidades do Sistema Público de Saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), FIOCRUZ, 2023. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/54309>. Acesso em: 30/10/2023.

MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

RAYNAUT, Claude. **Interdisciplinaridade e Promoção da Saúde: o papel da antropologia**. Algumas ideias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. Revista Brasileira de Epidemiologia, vol. 5, supl. 1, 2002.

SA, Laisa Naiara Euzébio De. **A Perspectiva Dialógica na Garantia do Direito à Saúde: análise de uma iniciativa da defensoria pública articulada às gestões municipais de saúde no estado do Rio de Janeiro**. 19/06/2022 85 f. Mestrado em Saúde Coletiva Instituição de Ensino: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

SANTOS, Josiane Soares. **Particularidades da “Questão Social” no Capitalismo Brasileiro**. Biblioteca básica do serviço social, v.6. São Paulo: Cortez, 2012.