



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Faculdade de Serviço Social

Luciana da Silva Alcantara

**Sem voz e sem vez: a mutilação no câncer de laringe e a
(des)proteção social dos trabalhadores**

Rio de Janeiro

2017

Luciana da Silva Alcantara

**Sem voz e sem vez: a mutilação no câncer de laringe e a (des)proteção social
dos trabalhadores**



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Trabalho e Política Social.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Inês Simões Cardoso de Melo

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/ BIBLIOTECA CCS/A

A347	Alcantara, Luciana da Silva Sem voz e sem vez: a mutilação no câncer de laringe e a (des)proteção social dos trabalhadores / Luciana da Silva Alcantara – 2017. 237 f. Orientadora: Ana Inês Simões Cardoso de Melo. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social. Bibliografia. 1. Serviço Social – Teses. 2. Laringe – Câncer – Teses. 3. Políticas públicas – Teses. I. Melo, Ana Inês Simões Cardoso de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social. III. Título. CDU 36
------	--

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Luciana da Silva Alcantara

**Sem voz e sem vez: a mutilação no câncer de laringe e a (des)proteção social
dos trabalhadores**

Tese apresentada, como requisito parcial
para obtenção do grau de Doutora, ao
Programa de Pós-Graduação em Serviço
Social, da Universidade do Estado do Rio de
Janeiro. Área de concentração: Trabalho e
Política Social.

Aprovada em 19 de dezembro de 2017.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Ana Inês Simões Cardoso de Melo (Orientadora)
Faculdade de Serviço Social – UERJ

Prof.^a Dra. Mônica Maria Torres de Alencar
Faculdade de Serviço Social – UERJ

Prof.^a Dra. Fátima Sueli Neto Ribeiro
Faculdade de Nutrição – UERJ

Prof.^a Dra. Tatiana Dahmer Pereira
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Mônica de Castro Maia Senna
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2017

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, meu marido, meu filho e todos aqueles que direta ou indiretamente compartilharam, ajudaram, compreenderam e me incentivaram nesta jornada, por estarem sempre ao meu lado, seja em presença física ou em pensamento.

À minha avó Maria (*in memoriam*), mulher batalhadora, como tantas outras *Marias* desse imenso Brasil. Analfabeta, mas pós-graduada na arte de transmitir amor.

AGRADECIMENTOS

Ao adquirirmos e produzirmos conhecimento ao longo da vida acadêmica, somos também transformados por ele, sendo essa a maior alegria que podemos vivenciar: a transformação em nosso modo de ver o mundo, de nos relacionarmos com as pessoas e de ver também nelas a mudança, pois mudamos juntos, na produção coletiva de conhecimento.

É assim que aproveito, ao apresentar a presente tese, para agradecer o fato de ter vivenciado experiências tão especiais quanto gratificantes ao longo de minha trajetória acadêmica, junto àqueles que possibilitaram as transformações tão importantes e necessárias no modo como entendo a realidade e ainda o fazem, por meio da convivência cotidiana e dos espaços de debate e produção do conhecimento, seja em âmbito acadêmico ou não.

Desse modo, no âmbito profissional e acadêmico, ratifico que a experiência de exercer a minha profissão na área da Saúde contribuiu para que eu levasse um verdadeiro “banho” de realidade: a realidade da Saúde Pública no Brasil, as dificuldades diárias que a grande massa populacional enfrenta para ter acesso a um direito fundamental, além das dificuldades encontradas pelos profissionais para a concretização de suas atividades, desencadeadas muitas vezes pela falta de recursos humanos e/ou materiais; a esses usuários e profissionais, “guerreiros” convictos, agradeço a oportunidade de tê-los conhecido, o que contribuiu muito para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao rever a minha trajetória profissional e formação acadêmica, pude perceber como esse percurso se traduziu na minha produção intelectual e no meu desejo de aprender, produzir e compartilhar conhecimento, uma característica que considero fundamental ao pesquisador comprometido com a transformação da realidade, que é cada vez mais necessária, na medida em que almejamos a superação da desigualdade social.

Nessa trajetória, há pessoas muito especiais, às quais agradeço imensamente pela colaboração, convívio, amizade e generosidade na transmissão e construção do conhecimento.

À Prof^a Dr^a Ana Inês, orientadora do estudo, dedico o agradecimento pela compreensão da ansiedade desta orientanda cheia de ideias e que, por muitas vezes, desejou “abraçar o mundo com as mãos”. Os seus recortes e a sua

habilidade no que concerne à metodologia de pesquisa foram de suma importância à construção deste trabalho.

Às professoras da banca de qualificação –Prof^{as} Dr^{as} Mônica Alencar, Mônica Senna, Rosângela Barbosa e Tatiana Dahmer – agradeço as orientações realizadas na qualificação do projeto, que me permitiram dar um outro sentido à minha escrita e possibilitaram que o estudo se constituísse num reflexo vivo do que é a atuação do Assistente social na Oncologia e, conseqüentemente, da capacidade de reflexão que esta atuação alcança sobre a Questão Social em nossos dias. À Prof^a Dr^a Fátima Ribeiro agradeço a disponibilidade em participar da minha defesa e as valiosas contribuições teóricas no que diz respeito ao câncer relacionado ao trabalho.

Às amigas e membros da Comissão de Pesquisa em Serviço Social do HC I, Ana Raquel de Mello Chaves, Renata Lima e Kássia Siqueira, agradeço a grande parceria na assistência aos pacientes e as ideias construídas na trajetória da pesquisa na Instituição, que tiveram como resultado a realização de eventos, como o *Simpósio de Serviço Social do INCA/HC1*, tendo como conferencista a Prof^a Dr^a Maria Cecília de Souza Minayo, e de um desejo alimentado ao longo de seis anos de atuação na Instituição: a publicação *Diálogos em Saúde Pública & Serviço Social*, cujo lançamento ocorreu em 28 de junho de 2017 e contou com a valiosa colaboração de Eliane Assis, a quem dedico a minha estima e gratidão.

Falando em publicação, não poderia deixar de agradecer aos queridos amigos e, como eu, organizadores da publicação interdisciplinar *Cadernos de Psicologia do INCA*, Mônica Marchese, Fernando Lima e Ana Beatriz Bernat, pela oportunidade de produção coletiva do conhecimento no interior da Instituição, agregando os saberes dos profissionais da assistência, da “ponta”, valorizando os seus conhecimentos e contribuindo para que o tripé Ensino, Pesquisa e Assistência seja fortalecido através da produção acadêmica.

Às amigas Suely Câmara, secretária do Serviço Social e Ana Celina Oliveira, Assistente social, agradeço o compartilhamento de muitas ideias, o estímulo cotidiano e a experiência pessoal e profissional de ambas.

Às chefias do Serviço Social, Laura Freitas Oliveira e Erika Schreider, agradeço o tratamento ético e a possibilidade de concluir a presente tese, mediante a concessão da licença capacitação necessária à elaboração deste estudo. Mesmo em tempos tão difíceis, em que a sobrecarga profissional atinge o seu ápice, e considerando a complexidade da demanda oncológica, ambas foram extremamente

solícitas em relação à minha necessidade de afastamento para produção acadêmica. Obrigada!

Aos *Staffs* e Residentes da equipe de Serviço Social do INCA reservo uma grande admiração, pela capacidade de lidarem cotidianamente com o sofrimento de tantas pessoas, que além do fardo da dor física padecem das expressões da Questão Social, expressas no [não] acesso aos recursos e aos serviços prioritários. Na mesma direção e com a mesma intensidade, atribuo aos usuários do INCA toda a admiração possível, pessoas que resistem a um tratamento altamente invasivo, prolongado e, como mostra a tese, mutilador.

Aos meus familiares, representados na figura dos meus pais, Ana e Edson, do meu marido, Ubiratan, e do meu filho Levi, expresso a minha gratidão de modo ímpar: vocês são a razão pela qual estou aqui hoje, concluindo esta formação tão especial. O Levi, como a tese, foi inicialmente gestado em 2014, ano em que ingressei no doutorado da UERJ, e hoje, tanto quanto este estudo, representa a possibilidade de superação, de realização e de conquista na minha trajetória.

Por fim, o mais importante agradecimento, dedico a Deus, expresso na possibilidade de enxergar, de ouvir, de compreender os silêncios e as vozes, de falar e calar quando necessário e de expressar amor no que eu faço.

Não há nada mais precioso, a meu ver, do que valorizar as pequenas coisas. Valorizando-as, por consequência, agradecemos a possibilidade sublime de existir e resistir às adversidades.

Tenho apenas duas mãos e o sentimento do mundo.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

ALCANTARA, Luciana da Silva. **Sem voz e sem vez:** a mutilação no câncer de laringe e a (des)proteção social dos trabalhadores. 2017. 237 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Esta tese tem como questão central a (des)proteção social vivenciada pelos pacientes submetidos à retirada cirúrgica da laringe, através do procedimento de laringectomia total. Trata-se de um estudo de caso, fruto da reflexão e da experiência profissional da autora, como assistente social, junto aos pacientes com câncer de laringe, atendidos na Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço de Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), e demonstra que a laringectomia total pode ser compreendida como uma das expressões da dinâmica predatória de acumulação capitalista e um desfecho mutilador na vida de uma parcela significativa de pacientes idosos homens, inseridos principalmente na Construção Civil. Compreende-se que a desproteção social pode ocorrer mediante a dificuldade de acesso às políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social. A pesquisa possui natureza exploratória e cunho qualitativo, tendo por referência a perspectiva dialética, com a realização de revisão teórico-bibliográfica, bem como pesquisa documental para levantamento e análise de dados secundários, tanto na legislação, quanto de estatísticas e informações de atendimento disponíveis no setor. Foram analisados os prontuários dos pacientes matriculados no período de março de 2014 a maio de 2015, totalizando 38 pacientes com idade igual ou superior a 18 anos. A partir da identificação das condições da atividade laborativa e formas de proteção social, seja pela atenção em Saúde, seja pela inserção previdenciária e/ou assistencial no decorrer do tratamento, foi possível realizar a discussão e expor os resultados da pesquisa que afirma, como hipótese de trabalho, a desproteção social dos trabalhadores. Foram eixos balizadores da análise e exposição: a relação entre o desenvolvimento capitalista no Brasil e a degradação da saúde dos trabalhadores laringectomizados; o aporte teórico do conceito de determinação social do processo saúde-doença; o câncer como doença crônica não transmissível (DCNT) no capitalismo e o caráter tecnológico de que vem se revestindo o tratamento; a possibilidade de exposição no ambiente de trabalho e a demais agentes externos, com a intensa culpabilização a que é submetido o paciente no que tange ao consumo de substâncias consideradas “de risco” à saúde, a exemplo do tabaco e do álcool – considerando que a mesma sociedade que estimula o consumo é a que culpabiliza o usuário, recorrendo à abordagem comportamental para o fomento de campanhas de prevenção ao câncer; a demanda e o acesso ao tratamento oncológico no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como os entraves à sua continuidade; os limites e possibilidades no acesso dos pacientes à proteção social, nos âmbitos da Assistência e Previdência Social e o processo de “assistencialização”. Considera, nesse sentido, a atuação *ex post facto* das políticas que compõem o tripé da Seguridade Social, em seu processo de (des)proteção social, bem como a (in)visibilidade do câncer relacionado ao trabalho no Brasil.

Palavras-chave: Proteção Social. Laringectomia Total. Trabalho. Consumo. Seguridade Social.

ABSTRACT

ALCANTARA, Luciana da Silva. **No voice, no way:** mutilation in laryngeal cancer and the lack of workers' social protection. 2017. 237 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

This thesis deals with the lack of social protection experienced by patients submitted to surgical removal of the larynx through the Total Laryngectomy procedure. The case study, which is the result of reflection and professional experience of the author as a social worker with patients with laryngeal cancer, attended at the Head and Neck Surgery Section of the National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva (INCA), shows that Total Laryngectomy can be understood as one of the expressions of the predatory dynamics of capitalist accumulation and a mutilating outcome in the life of a significant portion of elderly male patients, inserted mainly in Civil Construction. It is understood that the lack of social protection occurs from the difficulty of accessing resources from Health, Social Security and Social Assistance policies. The research has an exploratory nature, a qualitative character and a reference on the dialectical perspective, with the realization of theoretical-bibliographic revision of documentary research for survey and analysis of secondary data, both in the legislation and in the attendance statistics available in the sector and in medical records of patients enrolled in the period from March 2014 to May 2015, totalizing 38 patients aged 18 years or over. Based on the identification of the conditions of labor activity and forms of social protection, either through health care or through social security and / or health care insertion during treatment, it was possible to conduct the discussion and expose the results of the research, which asserts, as a the study hypothesis , the lack of social protection of workers. The axis of analysis and exposure were: the relationship between capitalist development in Brazil and the health degradation of laryngectomized workers; the theoretical contribution of the concept of the social determination of the health-disease process; cancer as a chronic non-transferable disease (CNTD) in capitalism and the technological character of treatment; the possible exposure to the workplace and other agents, with the intense blame imposed on the patient, regarding the consumption of substances considered to be "a risk" to health, such as tobacco and alcohol - considering that the same society that stimulates the consumption is the one that blames the user, resorting to the behavioral approach for the promotion of cancer prevention campaigns; the demand and access to cancer treatment in the Unified Health System (UHS), as well as the obstacles to its continuity; the limits and possibilities for the patients access to social protection, in the areas of Social Assistance and Social Security and the process of "assistance." In this sense, it considers the ex post facto performance of the policies that make up the tripod of Social Security in its process of lack of social protection, as well as the (in) visibility of cancer related to work in Brazil.

Keywords: Social Protection. Total laryngectomy. Employment. Consumption. Social Security.

RESUMEN

ALCÁNTARA, Luciana da Silva. **Sin voz ni voto:** la mutilación en el cáncer de laringe y la (des)protección social de los trabajadores. 2017. 237 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Esta tesis tiene como cuestión central la (des)protección social vivida por los pacientes sometidos a la retirada quirúrgica de la laringe, a través del procedimiento de laringectomía total. Se trata de un estudio de caso, fruto de la reflexión y de la experiencia profesional de la autora como asistente social junto a los pacientes con cáncer de laringe, atendidos en la Sección de Cirugía de Cabeza y Cuello del Instituto Nacional de Cáncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), demuestra que la laringectomía total puede comprenderse como una de las expresiones de la dinámica predatoria de acumulación capitalista y un desenlace mutilador en la vida de una parte significativa de pacientes de edad hombres, pertenecientes principalmente a la Construcción Civil. Se entiende que la (des)protección social ocurre mediante la dificultad de acceso a las políticas de Salud, Previdencia y Asistencia Social. Esta investigación posee naturaleza exploratoria y cuño cualitativo, teniendo como referencia la perspectiva dialéctica, habiéndose realizado una revisión teórico-bibliográfica, así como una investigación documental para el levantamiento y análisis de datos secundarios, tanto en la legislación como en estadísticas e informaciones de atención disponibles en el sector. Se analizaron las historias clínicas de los pacientes ingresados en el período de marzo de 2014 a mayo de 2015, totalizando 38 pacientes de edad igual o superior a 18 años. A partir de la identificación de las condiciones de la actividad laboral y formas de protección social, ya sea por la atención en Salud, o por la inserción en la previdencia y/o asistencia en el transcurso del tratamiento, se hizo posible realizar la discusión y exponer los resultados de la investigación que afirma, como hipótesis de trabajo, la desprotección social de los trabajadores. Hitos balizadores del análisis y exposición fueron: la relación entre el desarrollo capitalista en Brasil y la degradación de la salud de los trabajadores laringectomizados; el aporte teórico del concepto de determinación social del proceso salud-enfermedad; el cáncer como enfermedad crónica no transmisible (DCNT) en el capitalismo y el carácter tecnológico del que viene revistiéndose el tratamiento; la posibilidad de exposición dentro del ambiente de trabajo y a demás agentes externos, con la intensa culpabilidad a la que está sometido el paciente en lo que atañe al consumo de sustancias consideradas “de riesgo” a la salud, por ejemplo el tabaco y el alcohol – considerando que la misma sociedad que estimula el consumo es la que culpa al usuario, recurriendo al abordaje conductual para el fomento de campañas de prevención del cáncer; la demanda y el acceso al tratamiento oncológico en el Sistema Único de Salud (SUS), así como las trabas a su continuidad; los límites y posibilidades en cuanto al acceso de pacientes a la protección social, en los ámbitos de Asistencia y Previdencia Social y al proceso de “asistencialización”. Considera, en este sentido, la actuación *ex post facto* de las políticas que componen el trípode de la Seguridad Social, en su proceso de (des)protección social, así como la (in)visibilidad del cáncer relacionado al trabajo en Brasil.

Palabras-clave: Protección Social. Laringectomía Total. Trabajo. Consumo. Seguridad Social.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Tipos de câncer, segundo exposição ambiental e/ou laboral.....	92
Figura 1 – Ações de comunicação e informação realizadas na mídia: INCA, julho a setembro de 2016.....	108
Figura 2 – Marcação de exames e consultas através da Central de Regulação: município e estado do Rio de Janeiro, 2017.....	121
Figura 3 – Sentenças judiciais contra a decisão do INSS: Brasil, janeiro a junho de 2015.....	148

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Distribuição de pacientes submetidos à LT, segundo local de moradia: INCA/HC1, março de 2014 a maio de 2015	82
Gráfico 2 –	Distribuição de pacientes submetidos à LT, segundo profissão: INCA/HC1, março de 2014 a maio de 2015	94
Gráfico 3 –	Distribuição de pacientes segundo o estadiamento da doença na matrícula submetidos à LT: INCA/HC1, março de 2014 a maio de 2015	128
Gráfico 4 –	Distribuição de pacientes submetidos à LT segundo composição familiar: INCA/HC1, março de 2014 a maio de 2015	143
Gráfico 5 –	Distribuição de pacientes submetidos à LT, segundo condição trabalhista, previdenciária e/ou assistencial: INCA/HC1, março de 2014 a maio de 2015	151

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição de pacientes submetidos à LT, segundo características sociodemográficas: INCA/HCI, março de 2014 a maio de 2015	78
Tabela 2 –	Distribuição de pacientes submetidos à LT, segundo a média (em anos) de consumo de tabaco e/ou álcool: INCA – HC I, março de 2014 a maio de 2015	110
Tabela 3 –	Proporção de pessoas com baixa renda: Brasil, 2010	118
Tabela 4 –	Distribuição dos usuários matriculados por via judicial, demandas por especialidade, estadiamento e óbitos após acesso: INCA/HC1, março de 2014 a maio de 2015	124
Tabela 5 –	Composição do valor adicionado da economia informal por grupamento de atividade (em %)	150
Tabela 6 –	Mortalidade dos sujeitos da pesquisa: INCA/HC1, março de 2014 a maio de 2015	171

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abramge	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BEPS	Boletim Estatístico da Previdência Social
BIRD	Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CEMO	Centro de Transplante de Medula Óssea
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CP	Cabeça e Pescoço
DCNT	Doença crônica não transmissível
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EPS	Educação Popular e Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAP	Fator Acidentário de Prevenção
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HC I	Hospital do câncer I
HCII	Hospital do câncer II
HCIII	Hospital do câncer III
HCIV	Hospital do câncer IV
HPV	Papiloma Vírus Humano
IARC	International Agency for Research on Cancer
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
INEA	Instituto Estadual do Ambiente
IOC	Instituto Oswaldo Cruz
LT	Laringectomia total
MS	Ministério da Saúde
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NIT	Número de Identificação do Trabalhador
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
Nost	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAIC	Pesquisa Anual da Indústria da Construção
PARA	Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos
PCMAT	Programa de Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção
PIL	Programa INCA Livre do Cigarro
PL	Projeto de Lei
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNH	Política Nacional de Humanização
PPGSS	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
Renast	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RINC	Rede de Institutos Nacionais de Câncer
SAT	Seguro de Acidente de Trabalho
SBCCP	Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
SER	Sistema Estadual de Regulação
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
UNASUL	União das Nações Sul-americanas
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Visat	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	18
1	DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NO CAPITALISMO: O CÂNCER COMO DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL (DCNT)	31
1.1	A determinação social do processo saúde-doença	32
1.2	O adoecimento por câncer e suas relações com o processo de produção e reprodução social.....	44
1.3	A questão do câncer como doença crônica não-transmissível e suas tendências no capitalismo recente.....	65
2	OS USUÁRIOS DO INCA COMO TRABALHADORES: O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA ENTRE EXPOSIÇÃO E ASSISTÊNCIA	73
2.1	O adoecimento por câncer na periferia capitalista: os sujeitos da pesquisa	73
2.2	A exposição dos trabalhadores no trabalho	83
2.3	O consumo de tabaco e álcool	104
2.4	O dilema do acesso tardio: assistência em Saúde na alta complexidade	112
2.4.1	<u>Características do câncer de laringe e a laringectomia total.....</u>	124
3	O QUE RESTA AOS QUE NÃO TÊM VOZ? A (DES)PROTEÇÃO SOCIAL NOS ÂMBITOS DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL E A DESCARTABILIDADE DOS SUJEITOS.....	131
3.1	A proteção social no capitalismo	131
3.1.1	<u>Proteção social: a demanda dos sujeitos da pesquisa e o debate sobre a “assistencialização” da Seguridade Social no Brasil.....</u>	145

3.2	Os sujeitos da pesquisa e a (in)visibilidade do câncer relacionado ao trabalho no Brasil	156
3.3	Sem voz e sem vez: a mutilação corporal como desfecho da dinâmica predatória da acumulação capitalista	163
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	176
	REFERÊNCIAS.....	181
	APÊNDICE A - Roteiro para levantamento de dados secundários	218
	ANEXO A - Parecer consubstanciado CEP /UERJ	219
	ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa- INCA	222
	ANEXO C - Neoplasias (tumores) relacionadas ao trabalho (Grupo II CID10)	231
	ANEXO D - Acidentes do trabalho segundo CID-10 mais incidentes: Brasil, 2013	233

INTRODUÇÃO

A questão central que orientou o processo de pesquisa foi a identificação da (des)proteção social no capitalismo, o que contribui para a degradação da saúde de trabalhadores adoecidos e que é compreendida, nesta tese, a partir de três áreas de políticas sociais que compõem a Seguridade Social – a Saúde, a Previdência e a Assistência Social.

Nesta tese, esse processo é exemplificado através do câncer de laringe, sendo a laringectomia total uma das expressões da dinâmica predatória de acumulação e um desfecho mutilatório na vida de uma parcela significativa de pacientes trabalhadores, homens e idosos. Estes sujeitos da pesquisa foram atendidos pelo Hospital do Câncer I, do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), estando matriculados naquela instituição no período de março de 2014 a maio de 2015, sendo todos eles submetidos à cirurgia de laringectomia total, tendo em vista estar acometidos, em estágio avançado, pelo câncer de laringe.

Nesse sentido, é importante, inicialmente, problematizar o conceito de proteção social, considerando que as contradições presentes na relação capital-trabalho apresentam repercussões na conformação da Seguridade Social no Brasil e, por conseguinte, no acesso dos trabalhadores aos benefícios previdenciários e assistenciais em decorrência do adoecimento por câncer.

Como ressaltam Mendes et al (2009, p.56), a instituição do sistema de proteção social tem a sua estrutura marcada por "um conjunto de políticas sociais que se efetivam pela intervenção do Estado, visando à satisfação das necessidades sociais decorrentes dos padrões de sociabilidade humana". Em complemento, Couto (2015, p.9) acrescenta que a proteção social é reconhecida a partir do entendimento de que é mediante as "lutas das classes trabalhadoras que se torna possível identificar a constituição de mecanismos de [sua] garantia [...], sejam eles vinculados ao [...] trabalho assalariado, ou instrumentos de enfrentamento à precarização desse trabalho". A proteção social pode ser concebida, desse modo, como um eixo articulador do tensionamento entre o Estado e a sociedade, ao assegurar direitos

decorrentes de políticas sociais, a partir do reconhecimento da desigualdade inerente à sociedade capitalista.

Em relação ao conceito de política social, concordamos com Vianna (2002, p. 1) que "a política social, como qualquer política pública, pode ser produzida sob distintas estruturas legais e institucionais, em distintos contextos, sistemas e regimes políticos, como resultante de pressões sociais mais ou menos organizadas [...]". Nesse sentido, como enfatiza a autora, é importante a contextualização de determinada política social, haja vista que é imprescindível problematizar os interesses envolvidos no seu estabelecimento: trata-se de uma política elaborada por uma elite ou conta com a participação coletiva no seu processo de constituição? A quais objetivos atende? Em suma, verifica-se que o conceito engloba diferentes perspectivas e mantém relação com interesses societários diversos, exigindo necessariamente a reflexão crítica em torno de sua formulação e implementação.

Ademais, verifica-se que o agravamento da questão social desencadeou, mundialmente, a preocupação com a organização dos sistemas de proteção social, "que se explicita no processo de industrialização e no movimento da classe operária, que, ao produzir socialmente a riqueza, não tem garantida a melhoria das condições de vida para si e para os trabalhadores e, tampouco, acesso a bens e serviços". (MENDES et al., 2009, p.57). Em acréscimo, como ressalta Mandel (1990), um dos objetivos centrais do capitalismo é o de expandir o consumo, tendo em vista uma mais-valia crescente. Assim, nesta tese, há concordância com o autor no que concerne à consideração de que, com o aumento do desemprego e/ou o receio do desemprego, a crise induz, ainda, " [...] a redução das proteções construídas na fase de prosperidade contra a pobreza e a injustiça mais flagrantes" (1990, p. 231). Assim, partimos, no estudo, da compreensão de que a (des)proteção social no capitalismo tem a sua mais dura expressão na crise, ao pressionar para que os "trabalhadores aceitem as reduções (ou estagnações) dos salários reais, a aceleração dos ritmos da produção, as perdas de conquistas em matéria de condições de trabalho e de Seguridade Social [...]". (MANDEL, 1990, p. 231).

Ao longo de seis anos orientando usuários, no âmbito hospitalar, quanto às possibilidades de acesso aos recursos provenientes da Previdência e da Assistência Social decorrentes do adoecimento, foi possível observar a dinâmica das relações

necessárias entre as três políticas de Seguridade Social. Tal constatação trouxe diferentes questões para a pesquisa e, em especial, evidenciou as intercorrências apresentadas e vivenciadas pelos trabalhadores na busca pelo reconhecimento de direitos, sejam de saúde, previdenciários e/ou assistenciais. E este processo se dá ainda que tais direitos estejam previstos no arcabouço jurídico-legal brasileiro, especialmente a partir da Constituição Federal, de 1988, que define, no artigo 193, que “a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à Saúde, à Previdência e à Assistência Social” (BRASIL, 1988)¹.

Uma dimensão agravante, observada pela autora em sua atuação como assistente social, é que uma parcela significativa dos usuários já ingressa no INCA com a doença em estadiamento² avançado, o que demonstra as dificuldades de acesso ao diagnóstico e tratamento precoces da doença em função, muitas vezes, da desarticulação das ações entre a Atenção Básica e a Média Complexidade. O convívio cotidiano com esses usuários levou a uma série de questionamentos que referenciam as reflexões, no sentido de aprofundar conhecimentos sobre a realidade observada e que possam, também, vir a contribuir para a intervenção junto a esse público.

Outro aspecto inerente ao estudo é o fato de o atendimento aos portadores de câncer de laringe revelar, cotidianamente, a importância de uma assistência que contemple aspectos relacionados à dificuldade ou impossibilidade que o paciente apresenta para se comunicar verbalmente, às alterações significativas na imagem

¹ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 16 jan. 2016.

² Estadiar um caso de neoplasia maligna significa avaliar o seu grau de disseminação. Para tal, há regras internacionalmente estabelecidas, as quais estão em constante aperfeiçoamento. A determinação da extensão da doença e a identificação dos órgãos por ela envolvidos auxiliam nas seguintes etapas: “a) obtenção de informações sobre o comportamento biológico do tumor; b) seleção da terapêutica; c) previsão das complicações; d) obtenção de informações sobre o prognóstico do caso; e) avaliação dos resultados do tratamento; f) investigação em Oncologia: pesquisa clínica, publicação de resultados e troca de informações”. (INCA, 2013a). Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>>. Acesso em: 05 abr. 2016.

corporal e aos conflitos familiares advindos de dois condicionantes que contribuem para esse tipo de neoplasia³: o etilismo⁴ e o tabagismo.

A abordagem sobre o adoecimento por câncer e seu tratamento, aqui realizada, parte do questionamento e discussão das repercussões da sociedade capitalista para a saúde dos trabalhadores, na realidade brasileira, a partir de sua exemplificação neste estudo de caso. O que corresponde, como ressalta Mészáros (2011, p.31), ao reconhecimento de que na América Latina, "as soluções prometidas da 'modernização' e 'desenvolvimento' demonstraram não passar de uma luz que se afasta num túnel cada vez mais longo"⁵. Perpetua-se, desse modo, um legado que impacta diretamente as condições de vida e saúde dos trabalhadores.

De fato, Minayo Gomez e Thedim Costa (1999, p.412) ressaltam, em relação à realidade brasileira, a ocorrência de um processo caracterizado, sobretudo, pela "pauperização, inclusive entre os trabalhadores integrados ao mercado de trabalho, como resultado de uma trajetória marcada pela insegurança, instabilidade e precariedade nos vínculos laborais [...]".

Nesta pesquisa, foi possível identificar essa pauperização, através do estudo de caso realizado junto ao HC I/INCA, sendo que o reconhecimento desta dinâmica possibilita a compreensão de que a complexidade do adoecimento por câncer abarca processos que são coletivos, diversificados e que permeiam a organização da vida social, quando se compreende o processo saúde-doença como determinado socialmente e não apenas em sua dimensão individual e biológica, conforme o

³ As neoplasias (câncer *in situ* e câncer invasivo) "correspondem a uma forma não controlada de crescimento celular e, na prática, são denominadas tumores" (INCA, 2011).

⁴ No que se refere ao etilismo, este é entendido como um consumo que se dá de forma "excessiva, periódica e/ou permanente do álcool [...]". DÍCIO, Dicionário Online de Português. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/etilismo/>>. Acesso em: 20 dez. 2017. Ressalta-se, ainda, que nem sempre o consumo de álcool é efetivamente problematizado nos serviços de saúde, uma vez que o "uso e abuso do álcool, mesmo tolerado socialmente e não criminalizado, também é visto como problema patológico e psicológico [...]" (RIBEIRO, 2005, p.9), para além dos aspectos sociais envolvidos no consumo da substância. Ressalta-se a ausência de registros, nos prontuários, a quantidade de álcool consumida pelos participantes da pesquisa, não obstante conste registrado, pela equipe profissional, os anos relativos a esse consumo.

⁵ Nesse sentido, ao nos referirmos ao conceito de desenvolvimento, a fim de evidenciar as particularidades de países como o Brasil, em sua inserção desigual, cabe atentar para a observação de Fernandes de que não há, no capitalismo, um único modelo de "[...] desenvolvimento, de caráter universal e invariável. Podem distinguir-se vários padrões de desenvolvimento capitalista, os quais correspondem aos vários tipos de capitalismo que se sucederam ou ocorreram simultaneamente [...]". (2006, p.261).

referencial que orientou esta tese. Infelizmente, tais processos nem sempre são devidamente problematizados pelas diferentes políticas sociais e, sobretudo, na necessária relação entre elas.

Na área de Saúde, seja no âmbito de uma ainda insuficiente Vigilância em Saúde em relação à produção e ao consumo, seja, sobretudo, na área assistencial, a exemplo da discussão em torno do acesso aos serviços, da organização do SUS e suas relações com o desenvolvimento capitalista. Esse último impacta sobremaneira a saúde dos trabalhadores através da adoção de ações que afetam não apenas o homem, como a natureza que o cerca, sendo responsável por processos extremamente predatórios em prol da acumulação e do lucro.

De fato, no âmbito da Saúde, verifica-se a predominância de conceitos do pensamento “liberal”⁶ para responsabilizar os sujeitos, desconsiderando, ou apreendendo limitadamente o processo saúde-doença em sua articulação à dinâmica social e adotando, de forma fragmentada, estratégias voltadas para o plano individual e culpabilizantes de enfrentamento do câncer.

Uma outra forma de compreender as relações entre o trabalho e saúde-doença, utilizada no estudo, é a abordagem da “determinação social do processo saúde-doença”. Ao abarcar as diferentes determinações e condicionantes do processo saúde-doença, essa perspectiva diverge do termo “determinantes sociais”, que, no entender de muitos autores, remete a uma concepção do processo saúde-doença muito próxima ao “emprego de esquemas de causalidade” (NOGUEIRA, 2010, p. 8).

Ao considerar esta chave de leitura, obviamente se coloca o entendimento de que “o enfrentamento à doença tem relação direta com os contextos socioeconômico e cultural em que vivem os pacientes e seus familiares” (CARVALHO, 2008, p.100). Não obstante, foi possível verificar, empiricamente, no cotidiano da atuação na Saúde, que, por parte da equipe, há uma dificuldade em relação à abordagem dos pacientes da Clínica de Cabeça e Pescoço – pessoas que apresentam suas trajetórias de vida marcadas por uma conjuntura de precarização das condições e

⁶ Breilh (1991, p.208), a esse respeito, afirma que a desarticulação presente na forma como “a ciência convencional olha a realidade leva a uma prática igualmente desarticulada e superficial”. Para o autor, é de suma importância que a Epidemiologia incorpore as lutas por transformação social, de modo a enriquecer-se teoricamente nesse processo.

relações de trabalho, com a redução de direitos sociais, identificando-se um número maior de pessoas em situação de pobreza e extrema pobreza nesta clínica do que em outras do mesmo hospital.

Em função disso, pode-se salientar que a laringectomia total é uma cirurgia que interfere na sobrevivência do paciente e de sua família, ao demandar respostas diante da impossibilidade de reprodução da força de trabalho (BARBOSA et al., 2004). Após a realização da cirurgia, os relatos dos usuários submetidos a este procedimento, de modo geral, indicavam a dificuldade e, muitas vezes, o não acesso aos recursos oriundos das políticas de Previdência e Assistência Social, evidenciando a (des)proteção social dos trabalhadores no momento em que mais necessitam, qual seja, o do afastamento do trabalho em decorrência da mutilação.

Constituiu-se, dessa forma, a questão a ser enfrentada nesta tese, cujo objetivo foi o de objetivar a explicação do processo de (des)proteção social pelo qual passam os sujeitos da pesquisa frente as três áreas de políticas sociais da Seguridade Social brasileira, conformando um estudo de caso, a partir dos pacientes adoevidos e que sofreram o procedimento cirúrgico da laringectomia total, suas contradições e o processo de degradação em suas demandas em saúde, previdenciárias e/ou assistenciais.

Cabe, contudo, enfatizar que, nesta tese, a abordagem de aproximações à relação trabalho-saúde é realizada tendo como referência a perspectiva crítica que orienta a Saúde do Trabalhador, de modo que este campo "transcende os direitos trabalhista, previdenciário e demais direitos limitantes por efeitos específicos de contratos", invocando, desse modo, o "direito à saúde no seu espectro irrestrito da cidadania plena, típica dos direitos civis, econômicos, sociais e humanos fundamentais, a que os demais direitos estão subordinados" (VASCONCELLOS, 2011, p.409).

As aproximações ao contexto de trabalho dos sujeitos da pesquisa procuraram identificar as possíveis relações com a saúde. Não tratamos, contudo, do câncer ocupacional, nem explicitamos a existência de uma associação direta entre o trabalho por eles exercido e o adoecimento por câncer. Apesar dos resultados da pesquisa revelarem achados importantes quanto aos ramos produtivos de inserção dos trabalhadores, revelando uma participação significativa de

trabalhadores da Construção Civil, nos prontuários não constam, por exemplo, o tempo de permanência dos trabalhadores nas profissões identificadas e/ou outros critérios e informações que seriam pertinentes e que poderiam conferir maior consistência e nexo a esta perspectiva analítica. Também não houve viabilidade de reconstituir a trajetória de trabalho destes usuários, o que certamente qualificaria o estudo em outra direção, no sentido de estabelecer relações mais consistentes entre o trabalho e o adoecimento por câncer.

Ademais, de fato, a abordagem do processo saúde-doença em suas dimensões social/coletiva e individual/biológica exige uma compreensão de suas diferentes determinações e/ou condicionantes. Como indica Breilh (1991, p. 207), o “social, as leis da reprodução social, o sistema de contradições da reprodução social, determinam as condições dentro das quais sucede a história pessoal e o movimento biológico subsumido”. O exercício foi, então, de procurar estabelecer as principais relações e processos sociais a partir de aproximações a aspectos das condições e do modo de vida e de trabalho, reconhecendo a importância de apreender a degradação da saúde em sua relação com o trabalho como uma preocupação de Saúde Pública (FRANCO et al, 2010). Isto é, para além de uma questão individual, procurando explicitar a dimensão coletiva alcançada pelo trabalho e suas repercussões para a saúde dos trabalhadores.

Assim, na problematização da pesquisa, a partir dos dados secundários disponíveis, foram considerados aspectos relacionados ao trabalho – tais como os diferentes ramos de atividade econômica aos quais estavam vinculados os trabalhadores, bem como aqueles relacionados à situação contratual, de benefícios previdenciários e/ou assistenciais. Foi possível, ainda, no tocante às condições e modo de vida, apresentar, ao lado dos dados sociodemográficos, as características do etilismo e do tabagismo, como elementos relacionados ao consumo.

Destaca-se, desse modo, a relevância do campo relativo à Saúde do Trabalhador, que, conforme Vasconcellos e Ribeiro (2011, p. 424-425), a despeito da Constituição Federal de 1988 e da estruturação do Sistema Único de Saúde, teve a sua expansão marcada por “contradições decorrentes da inserção periférica e marginal de suas políticas programáticas ao sistema como um todo”, configurando-se como “um campo de políticas públicas não assumidas pelo Estado brasileiro de

forma prioritária [...]”. Ainda, com estes autores, cabe reafirmarmos como causa “estranheza, ainda hoje, que os impactos sociais, econômicos e políticos resultantes das relações saúde-trabalho não sejam alvo do mundo da saúde pública”. (VASCONCELLOS; RIBEIRO, 2011, p. 429).

Ao considerarmos o campo empírico da pesquisa, podemos afirmar, contudo, que a aproximação com a realidade dos pacientes e, conseqüentemente, o reconhecimento desses impactos mencionados pelos autores (VASCONCELLOS; RIBEIRO (2011), suscitaram questões/indagações ao estudo. Estas estiveram relacionadas, especialmente, aos achados de pesquisa que revelaram um número significativo de trabalhadores homens, provenientes em sua maioria da Construção Civil, iniciarem o tratamento oncológico com a doença em estadiamento tão avançado, ao ponto de serem submetidos à mutilação por meio da laringectomia total.

Indagações outras foram surgindo na elaboração do estudo, a exemplo da culpabilização a que são submetidos os pacientes no que diz respeito essencialmente ao consumo de tabaco e álcool. Verifica-se, ainda, através do caso exemplar dos sujeitos da pesquisa submetidos à laringectomia total, como um acesso tardio à assistência em saúde na alta complexidade pode fazer com que o tratamento do câncer de laringe, que apresenta muitas possibilidades de sobrevida e, até mesmo, de cura, quando diagnosticado precocemente, repercuta no extremo da retirada total da laringe do paciente. Assim, o conhecimento aqui reunido evidencia a face mais nua da mutilação como decorrência da degradação da saúde.

É importante complementar, ainda, que, uma vez “sem voz”, os pacientes laringectomizados apresentam uma margem reduzida de retorno ao mercado de trabalho. Andrade (2017, p. 129) assinala, a esse respeito, que “o afastamento prolongado prejudica a empregabilidade e a adaptação ao trabalho, em todas as suas rotinas, formalidades, exigências e competitividade”. Como ainda acrescenta a autora, o câncer se encontra entre as “doenças sujeitas a reagudizações frequentes” (2017, p. 129), motivando ausência do trabalho. De fato, o atendimento aos usuários submetidos à LT na Clínica de Cabeça e Pescoço, evidenciava a tendência ao desemprego e ao não acesso aos benefícios previdenciários ou assistenciais – pelo não reconhecimento do direito aos benefícios por incapacidade da Seguridade

Social, a exemplo do auxílio-doença, auxílio-doença acidentário, aposentadoria por invalidez e Benefício de Prestação Continuada (BPC) – ficando, desse modo, “sem vez”.

Temos, então, que a atuação profissional junto a estes pacientes possibilitou a importante aproximação com uma realidade que, como ressalta Ianni (2011), “é complexa, é heterogênea, é contraditória; apresenta diversas facetas, diversas peculiaridades” (IANNI, 2011, p. 397). E é, nesse sentido, que a pesquisa encaminhada teve como objetivo problematizar a (des)proteção social, evidenciando-a partir de aproximações às três políticas que compõem a Seguridade Social e tomando como caso exemplar os pacientes com câncer de laringe e que sofreram sua mutilação, tendo em vista o estágio já avançado da doença e que são, cotidianamente, atendidos pelo Serviço Social na unidade institucional sob estudo.

A hipótese central que orientou o estudo, portanto, é a de (des)proteção social dos trabalhadores, nos âmbitos das políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social, exemplificada por este estudo de caso. Dessa forma, na Saúde, são realizadas aproximações, de um lado, ao momento da possível exposição da saúde no ambiente de trabalho e, de outro, a alguns agentes externos, como o consumo de tabaco e álcool – aspectos que integram algumas das expressões das condições e modo de vida e de trabalho dos sujeitos da pesquisa. De forma complementar, também foram abordados os limites e lacunas do acesso na assistência à política de Saúde, bem como aos benefícios previdenciários e assistenciais das políticas sociais de Previdência e Assistência Social.

Do ponto de vista metodológico, a pesquisa se caracteriza como de natureza qualitativa e exploratório-descritiva, configurando um estudo de caso de trabalhadores, pacientes com câncer de laringe, que sofreram o procedimento de laringectomia total. Estes sujeitos da pesquisa foram atendidos pelo Hospital do Câncer I do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), no período de março de 2014 a maio de 2015. Para sua realização, foram utilizados, além da revisão teórico-bibliográfica, pesquisa documental com o levantamento e análise de dados secundários tanto na legislação e estatísticas do setor, quanto nos prontuários dos pacientes submetidos à laringectomia total, matriculados no período já mencionado, no HC I/INCA.

O enquadramento metodológico da pesquisa realizada como um estudo de caso considerou sua correspondência com o caráter “profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado” (GIL, 2008, p. 57-58). Nesse sentido, como indica Yin (2001, p.32), esta modalidade de estudo caracteriza-se pelo processo investigativo de “um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Na mesma direção, Gil (2008, p. 58) acrescenta que a relevância do estudo de caso está concentrada na possibilidade de

a) explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos; b) descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação; e c) explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos.

A opção pela utilização de dados secundários levou em consideração as características dos sujeitos pesquisados, na medida em que se refere a um público que apresenta dificuldade⁷ ou impossibilidade de verbalizar. Cabe considerar, também, que, por tratar-se de consulta retrospectiva aos prontuários, ao menos dois pacientes já haviam falecido antes do início do estudo⁸.

Convém ressaltar que, na área da Saúde, a consulta aos prontuários dos pacientes apresenta-se como uma prática recorrente para a realização de pesquisas e/ou coleta de dados complementares para estudos que estejam sendo desenvolvidos. Todavia, como nas demais pesquisas envolvendo seres humanos, independentemente do que se pretende avaliar, os aspectos éticos referentes ao uso desses dados devem ser observados pelo pesquisador, que, certamente deve ter “o cuidado de submetê-la ao comitê de ética em pesquisa, pois assim, os princípios

⁷ A reabilitação vocal é possível através da voz esofágica. Essa voz substitui a laríngea, usando a via digestiva para produzir o som, o que também ocorre através da utilização de próteses fonatórias (INCA, 2011). Contudo, trata-se de um processo que demanda tempo e pressupõe a participação do usuário em sessões de fonoaudiologia.

⁸ Sendo válido destacar que o hospital muitas vezes não toma conhecimento sobre os óbitos ocorridos fora da Instituição, a não ser que a família estabeleça contato informando o ocorrido. Como se verá no corpo da tese, esforços no sentido de localizar os pacientes foram realizados no andamento do processo de pesquisa, sendo que foi identificado, como obstáculo, o óbito de parcela significativa dos sujeitos da pesquisa.

éticos estarão garantidos, diminuindo substancialmente a probabilidade de riscos aos sujeitos da pesquisa. (SOUTO et al., 2011, p. 46).

Nesse sentido, observa-se que a pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e do INCA⁹, tendo sido respeitados todos os princípios éticos inerentes não só à pesquisa envolvendo seres humanos, como preconizado pelo Ministério da Saúde, bem como aqueles próprios ao trabalho acadêmico-científico, a exemplo do Código de Ética Profissional (CFESS, 1993) e das Resoluções 466/2012 (BRASIL, 2012) e 510/2016 (BRASIL, 2016a).

O período de março de 2014 a maio de 2015 justifica-se por ser aquele com o qual se contava com dados institucionais mais recentes e consolidados em torno das cirurgias realizadas, quando do processo de pesquisa para esta tese. O grupo de pesquisa totaliza 38 pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, representando o universo daqueles submetidos à LT no recorte temporal do estudo.

A coleta e análise dos dados teve como objetivo identificar as condições da atividade laborativa e as formas de proteção social, pela inserção previdenciária e/ou assistencial no decorrer do tratamento, além de estatísticas de atendimento disponíveis no setor. Os dados correspondentes à(s) questão(ões) e hipótese propostas para a investigação foram sistematizados e analisados, seguindo um roteiro para o seu levantamento, sendo estruturados em categorias e/ou eixos temáticos, constando como Apêndice A desta tese. Dentre as variáveis e temáticas coletadas no roteiro encontram-se: a caracterização sociodemográfica; a situação trabalhista, previdenciária e/ou assistencial e funções desempenhadas durante a trajetória profissional; a composição da renda familiar, considerando a existência de entes familiares e sua participação no rendimento mensal, bem como as informações que caracterizam o paciente como provedor ou um dos provedores da família; a ocorrência de orientação previdenciária/assistencial no Serviço Social do HC I e encaminhamentos devidos – desdobramentos e situação quando do afastamento do trabalho; os condicionantes para o desenvolvimento do câncer de

⁹ Projeto aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e do Instituto Nacional do Câncer (INCA), registrado sob nº CAAE: 49972615.7.0000.5282, cujos pareceres favoráveis à realização da pesquisa são apresentados nos Anexos A e B desta tese.

laringe (tabagismo/etilismo e exposição a agentes) e o estadiamento da doença na primeira consulta médica pós-matrícula e procedimentos clínicos realizados.

A abordagem do objeto de pesquisa é realizada a partir da perspectiva dialética, tendo como marco central de referência a teoria da determinação social do processo saúde-doença. Nessa direção, é importante ressaltar o caráter objetivo do materialismo histórico no que se refere à determinação social presente no adoecimento das majorias. O fortalecimento dessa concepção contribui para uma reflexão crítica, ao promover novos vínculos com a classe trabalhadora. (BREIHL, 1991).

A tese está organizada da seguinte forma: no primeiro capítulo, é exposta a reflexão acerca da determinação social do processo saúde-doença, considerando a dimensão alcançada pelo câncer nas últimas décadas nas agendas políticas em todo o mundo e as implicações do tratamento prolongado em um país periférico, a exemplo do Brasil. Utilizamos como referências teóricas de análise as produções de Jaime Breilh (1991; 2003; 2011), Asa Cristina Laurell (1983;1985), Cristina Possas (1989), Yanes (2003), entre outros, problematizando as ideias principais dos autores em relação ao processo saúde-doença.

No Capítulo 2, é realizada a análise em torno dos aspectos gerais do câncer de laringe e da laringectomia total, sendo que a exposição está voltada, principalmente, em torno de dois eixos fundamentais que expressam a (des)proteção social no âmbito da Saúde: a) a possível exposição no ambiente trabalho, considerando a inserção profissional dos trabalhadores, e no consumo de duas substâncias consideradas “de risco” à saúde (o tabaco e o álcool), problematizando, ainda, a intensa culpabilização a que é submetido o paciente no que tange a esse consumo. Parte-se da compreensão de que a mesma sociedade que estimula o consumo é a que culpabiliza o usuário, recorrendo à abordagem comportamental para elaboração de campanhas de prevenção ao câncer; b) o acesso tardio e limitado ao tratamento oncológico no SUS, bem como os entraves à continuidade do tratamento.

A categoria processo de trabalho e a constituição do campo da Saúde do Trabalhador, em sua abordagem metodológica, são aspectos também discutidos no capítulo. Na mesma direção, em especial, evidenciamos a (des)proteção na Saúde,

enquanto um dos eixos da Seguridade Social no Brasil, de forma que sua análise procura contemplar suas limitações no que se refere ao momento da exposição dos trabalhadores, quanto no que se refere ao acesso à assistência no tratamento oncológico.

No terceiro e último capítulo, privilegia-se a análise da (des)proteção social a que estão submetidos os trabalhadores, expressa na dificuldade de acesso aos benefícios previdenciários e/ou assistenciais – pelo indeferimento dos benefícios e/ou por sua "judicialização"¹⁰ –, evidenciando “as múltiplas racionalidades¹¹ geradoras de formas truncadas, parciais, desarticuladas de respostas às desproteções sociais” (SPOSATI, 2013, p. 654). Problematicamos, ainda, a discussão em torno da “assistencialização” da Seguridade Social e da (in)visibilidade do câncer relacionado ao trabalho no Brasil, processos que corroboram a descartabilidade vivenciada pelos sujeitos da pesquisa, seja pela incapacidade para o trabalho ou pela morte.

¹⁰ A esse respeito, Machado (2008, p.73) ressalta "a recente inserção do Poder Judiciário e do Ministério Público no campo da Saúde pode ser percebida como uma forma de 'judicialização da política'. O termo, entretanto, carece de melhor definição que permita identificar de maneira mais precisa a profundidade deste fenômeno no Brasil". No atendimento aos pacientes do INCA, verificamos que a "judicialização" se manifesta tanto na Saúde, como forma de conseguir acesso ao tratamento e aos medicamentos, quanto na Previdência e na Assistência Social, como recurso em relação ao indeferimento dos benefícios previdenciários ou assistenciais, a exemplo do BPC/LOAS.

¹¹ É importante assinalar, nesse sentido, a contribuição do estudo de Barros (2013) no que se refere à compreensão do uso de duas racionalidades distintas no que tange à concessão dos benefícios: a avaliação dos benefícios previdenciários é realizada com base na Classificação Internacional de Doenças (CID), “que investiga incapacidades tão somente em razão de doenças, enquanto a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) enxerga a incapacidade como uma barreira à integração e participação social do indivíduo, também considerando o impacto do ambiente social e físico sobre a funcionalidade da pessoa” (SILVEIRA, 2015, p.122) para a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS).

1 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NO CAPITALISMO: O CÂNCER COMO DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL (DCNT)

A determinação da saúde passa primeiro por certos fenômenos macro que impõem uma lógica a toda a sociedade. Que fenômenos são esses? Definitivamente, é o modelo econômico. E o modelo que temos agora não é simplesmente o capitalismo, mas o capitalismo acelerado, uma locomotora destrambelhada.

Jaime Breilh

O adoecimento por câncer é problematizado nesta tese em suas dimensões individual e biológica, como também social e coletiva, constituindo objetivo deste capítulo inicial evidenciar os processos econômico-políticos e socioculturais relacionados à determinação do processo saúde-doença na sociedade capitalista. O capítulo é dividido em três seções: na primeira, *A determinação social do processo saúde-doença*, são problematizados os diferentes momentos das concepções e práticas em Saúde, privilegiando a determinação social do processo saúde-doença como perspectiva de análise orientadora do presente trabalho.

Convergindo com essa perspectiva analítica, em sequência, são problematizados o viver, o trabalhar, o adoecer e o morrer no contexto capitalista, na seção intitulada *O adoecimento por câncer e suas relações com o processo de produção e reprodução social*. Concluindo a apresentação deste capítulo, a seção seguinte se voltará para *A questão do câncer como doença crônica não transmissível (DCNT) e suas tendências no capitalismo recente*, analisando as dimensões alcançadas por essa doença nas últimas décadas, sua abordagem nas agendas políticas mundiais e as implicações do tratamento prolongado em um país periférico como o Brasil.

1.1 A determinação social do processo saúde-doença

Partindo da compreensão de que as formas como as pessoas vivem e trabalham se expressam nas formas como elas adoecem e morrem (SABROZA, 2004; DIESAT, 1984), a análise é realizada a partir da perspectiva de determinação social do processo saúde-doença, uma vez que esse referencial teórico nos permite compreender os impactos do padrão de organização da sociedade sobre o modo como “continuam a adoecer e morrer os trabalhadores”¹². Considera-se, aqui, a interpretação do trabalho como sendo “o eixo fundamental da sociabilidade humana, [uma vez que] as relações sociais construídas pela humanidade, desde as mais antigas, sempre se assentaram no trabalho como fundamento da própria reprodução da vida.” (GRANEMANN, 2009, p. 3-4).

Nesse sentido, é importante, inicialmente, situar as concepções que explicam o processo saúde-doença – e que resultam também nas práticas –, repercutindo na forma como o adoecimento é interpretado. A complexidade do processo saúde-doença ensejou, no decorrer da história, uma diversidade de modelos explicativos. Importa-nos, assim, enfatizar a coexistência de diferentes maneiras de se pensar a saúde e os processos que a atravessam, desvelando perspectivas que contemplam distintas formulações teóricas. Podemos destacar, contudo, três perspectivas centrais: “o modelo oriundo da Medicina do século XIX, a lógica da História Natural da Doença e o [debate crítico] no contexto da Medicina Social latino-americana” (PUTTINI et al., 2010, p. 753).

Considerando os marcos teórico-explicativos do processo saúde-doença, podemos afirmar que, entre os séculos XVII e XVIII, a Epidemiologia¹³ ainda não estava estabelecida como campo do conhecimento, mas como um conjunto de práticas discursivas sobre a dimensão coletiva das doenças. No início do século XIX,

¹² Alusão ao estudo “Continuam a adoecer e morrer os trabalhadores: as relações, entraves e desafios para o campo Saúde do Trabalhador” (LACAZ, 2016), que faz referência à obra anterior, “De que adoecem e morrem os trabalhadores” (RIBEIRO; LACAZ, 1984), e aborda a persistência de acidentes de trabalho ao longo das três últimas décadas de crise do capitalismo global.

¹³ Do grego, epi “sobre”, demos “povo”, logos “estudo” (SOUNIS, 1985).

os estudos de John Snow¹⁴ e Pasteur¹⁵, antecederam e contribuíram para a consolidação da Teoria da Unicausalidade. De acordo com Batistella (2007), no modelo uniausal, uma causa (ou agente) desencadearia a doença. O autor complementa a argumentação, destacando que

Essa concepção, ao passo que permitiu o sucesso na prevenção de diversas doenças, termina por reduzi-las à ação única de um agente específico. [...] Os 'contagionistas' empenhavam-se em identificar um princípio causal para cada doença [...] e os defensores da 'constituição epidêmica' advogavam serem as epidemias consequência de desequilíbrios de uma constituição atmosférica e corporal. (CZERESNIA, 1997 apud BATISTELLA, 2007, p.44).

Assim, o modelo biomédico clássico – cuja hegemonia se mantém ainda hoje nas ações de Saúde –, "compreende os fenômenos de saúde e doença com base nas ciências da vida, a partir da Biologia" (PUTTINI et al., 2010, p.754). É importante acrescentar, nesse sentido, que na perspectiva epidemiológica de base biomédica a saúde da população é perpassada necessariamente pela concepção de saúde como "ausência de doença". Tal apreensão – em que a saúde é definida pelo seu oposto, ou seja, a doença – ainda apresenta forte influência na organização dos serviços de Saúde e nas propostas políticas voltadas ao setor, repercutindo em ações de cunho estigmatizante e culpabilizador dos sujeitos.

A partir do exposto, podemos dizer que a presença do modelo biomédico, e sua predominância no âmbito da Saúde, é facilmente observável na conduta dos profissionais do setor, baseada na preocupação com a proposta curativa – e não preventiva da doença e/ou promotora de saúde – através da condução "eficiente" da equipe de saúde. A atenção à saúde, nessa ótica, é realizada de forma individual, tendo como perspectiva o retorno dos trabalhadores adoecidos às atividades laborativas antes desempenhadas (YANES, 2003; BREILH, 2003). Desse modo, por mais que alguns profissionais se empenhem em compreender o paciente integralmente e tentem atuar para além do modelo biomédico ao situá-lo, de alguma maneira, no seu contexto socioeconômico, terminam por regressar ao reducionismo ensinado na sua formação na escola médica (BARROS, 2002).

¹⁴ Como destaca Almeida Filho (1986, p. 306), John Snow é "considerado o pai da Epidemiologia".

¹⁵ De acordo com Batistella (2007, p. 42), "no final do século XIX, com o auxílio do microscópio, o químico francês Louis Pasteur, estudando as falhas na fermentação de vinhos e cervejas, observou que microorganismos tinham um papel fundamental neste processo".

De modo semelhante, o modelo da História Natural da Doença ou Multicausal privilegia a abordagem em torno do conhecimento sobre os “fatores de risco” das doenças. Breilh (2003, p.88)¹⁶, a esse respeito, afirma que

A unidade coerente da antiga epidemiologia, que, não sendo assim, perdeu sua proeminência, é então a ideia da realidade dividida em 'fatores'; a concepção causalista do paradigma dos fatores de 'risco'; e a redução da ação à correção funcional dos riscos para manter o *status quo*.

Assim, a crítica contundente em relação ao modelo Multicausal (YANES, 2003; BREILH, 1991, 2003, 2011), e que também adotamos no presente estudo, é a de que, embora ele identifique várias dimensões no processo saúde-doença e que o indivíduo, antes isolado, passa a ser considerado como parte de uma comunidade, de um coletivo, não consegue avançar criticamente no sentido de contrapor-se à hegemonia do modelo biomédico, apresentando, de modo semelhante, caráter predominantemente descritivo (YANES, 2003). Em complemento, cabe destacar a argumentação de Breilh (1991, p. 112) quando observa que

A conclusão prática que deriva destas proposições é que se os 'fatores ambientais' e os 'fatores do agente' somente estabelecem conexões externas com o 'fator humano', então é possível atuar sobre eles com medidas do tipo ecológico sem necessidade de modificar a organização social, posto que a mesma não os condiciona essencialmente.

Verifica-se, assim, uma tendência à extrema valorização da causalidade das patologias (patogênese), em detrimento da problematização das condições e modo de vida da coletividade. A problematização em torno do desenvolvimento capitalista e da organização social não é privilegiada nessa abordagem. Isto é, há forte predominância da compreensão do adoecimento como um “evento clínico-biológico”, ao passo que suas “causas são consideradas fatores sociais isolados, portanto, sem que estejam fundadas em qualquer teoria da sociedade”. (NOGUEIRA, 2010, p. 07).

Faz-se necessário, portanto, problematizar o terceiro modelo analisado, que é o da determinação social do processo saúde-doença, como perspectiva teórica que norteia a análise realizada no presente estudo. Autores como Jaime Breilh, Edmundo Granda, Asa Cristina Laurell e Cristina Possas, entre outros, são seus fortes expoentes e precursores. A disseminação da abordagem da Determinação

¹⁶ O texto em língua estrangeira é: "La unidad coherente de la vieja epidemiología _ que no por serlo ha perdido su preeminencia _, es entonces la idea de la realidad como dividida em 'factores'; la concepción causalista del paradigma de los factores de 'riesgo'; y la reducción de la acción a la corrección funcional de riesgos para mantener el *status quo*". (BREILH, 2003, p.88).

Social do Processo Saúde-Doença, como afirma Yanes (2003, p. 21)¹⁷, contou com “diversos estudiosos identificados com a causa dos trabalhadores, a avaliar o impacto da mesma sobre a saúde da população trabalhadora”.

Uma leitura apurada em torno do surgimento do conceito de Determinação Social do processo saúde-doença revela o longo percurso empreendido por seus precursores na intenção de romper com os modelos biomédicos de análise então vigentes. Isso porque esses tinham, por característica, uma abordagem estatística e descritiva do adoecimento, de cunho predominantemente biológico e tendo caráter restrito ao considerar os aspectos histórico-sociais inerentes ao adoecimento. O resgate histórico do conceito de determinação social do processo saúde-doença revela, desse modo, um contexto permeado por lutas e disputas em prol de uma abordagem da saúde e da doença que contemple a relação estabelecida entre sujeitos e sociedade. Nessa direção, “pode-se, portanto, considerar a determinação social desde o seu nível mais amplo, em que encontramos as relações econômicas e macrossociais que hoje são, certamente, definidas no plano mundial”. (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010, p. 38).

A importância dos estudos de Jaime Breilh e o fato de ser considerado uma das referências internacionais do Centro de Estudos e Assessoria em Saúde (CEAS)¹⁸ se devem ao seu engajamento na construção de uma “nova epidemiologia”, de caráter contra hegemônico e crítico ao modelo tradicional. “A primeira vez que se reivindicou o conceito de determinação social da saúde foi [em sua] dissertação de mestrado, no ano de 1976, que foi publicada em livro em 1979” (BREILH, 2011)¹⁹. Assim como Breilh, um coletivo de autores orientados pelo

¹⁷ O texto em língua estrangeira é: “diversos estudiosos identificados con la causa de los trabajadores, a evaluar el impacto de la misma sobre la salud de la población trabajadora”. (YANES, 2003, p. 21).

¹⁸ Conforme Moreira (2013, p. 71), “esse grupo nasceu durante a década de 70, momento de experiências políticas e técnicas dos coletivos que atuavam no campo da saúde na América Latina e que produziram materiais que questionavam os tradicionais marcos conceituais e metodológicos e os redefiniram”.

¹⁹ BREILH, J. “Precisamos ter um novo viver, com taxas de crescimento menos agressivas, mas com mais qualidade” – Entrevista a Cátia Guimarães e Raquel Júnia. Conferência Mundial de Determinantes Sociais em Saúde. Rio de Janeiro, RJ: EPSJV/Fiocruz, out. 2011. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/precisamos-ter-um-novo-viver-com-taxas-de-crescimento-menos-agressivas-mas-com>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

materialismo histórico e dialético²⁰ passou a produzir estudos voltados à transformação da realidade social. Com isso, buscavam romper com a epidemiologia tradicional, ao criticar a análise de variáveis isoladas sob o princípio da causalidade, ou seja, limitadas ao âmbito da aparência e de leis causais (MOREIRA, 2013).

As contribuições teóricas destes autores, comprometidos com a transformação social, apresentam aproximações e divergências essenciais em relação à compreensão e utilização de alguns conceitos, que serão discutidos nesta tese. Importante enfatizar, ainda, que as críticas à epidemiologia, especialmente na década de 1970, impulsionaram o movimento de Reforma Sanitária no Brasil, a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a constituição da Saúde Coletiva como campo de conhecimento²¹. Tratava-se de uma “nova forma de pensar a saúde”, que criticava as intervenções orientadas pela doença e a “medicina curativa centrada na instituição hospitalar e no uso crescente de tecnologias complexas” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 19).

Nesse sentido, a crítica de Breilh (2010) está voltada essencialmente ao desenvolvimento capitalista. O autor afirma que a busca incessante pela acumulação tem levado os países periféricos da América Latina “à beira do abismo”. Um exemplo citado por Breilh (2010, p.84)²² é a insustentabilidade da matriz energética mundial, bem como a manutenção de “um sistema econômico-social incompatível com a reprodução social humana e incapaz de converter-se em espaço que sustente o desenvolvimento da vida”.

Especificamente sobre a reprodução social, enquanto importante categoria, é relevante ressaltar, conforme Marx (2013), que esta envolve diferentes âmbitos da

²⁰ Destaca-se que a teoria da determinação social do processo saúde-doença, apropriando-se do conhecimento relativo ao materialismo histórico-dialético, busca apreender “como cada sociedade cria um determinado padrão de desgaste em função do consumo e gasto de energia pelos indivíduos no processo de reprodução social” (FONSECA et al., 2006 p. 21).

²¹ Como destacam Bezerra e Sorpreso (2016, p. 05), “no contexto da saúde brasileira, mais especificamente no que diz respeito às suas políticas norteadoras, observou-se uma proposta de mudança de paradigma relacionada aos modelos assistenciais, com o advento da Reforma Sanitária, que propôs novos conceitos que foram firmados na Constituição Federal de 1988, através do SUS, em seus princípios de integralidade, universalidade e equidade”.

²² O texto em língua estrangeira é: “un sistema económico-social incompatible con la reproducción social humana e incapaz de convertirse en espacio que sustente el desarrollo de la vida”. (BREILH, 2010, p.84).

vida, desde o aspecto biológico do indivíduo à forma como os homens convivem uns com os outros, através da organização do trabalho, do consumo e da participação social que, em seu conjunto, derivam impactos sobre a saúde dos sujeitos, representando determinações que têm o potencial de desencadear o adoecimento.

Em relação aos agravos à saúde, verifica-se, como destaca Breilh (2010), que a ciência tem servido aos interesses hegemônicos, “denunciando sem revelar, informando sem mobilizar e enfocando fatores distantes da problemática, sem mostrar sua relação com os processos estruturais que os geram” (BREILH, 2010, p. 84)²³. Afinal, a produção e a distribuição tanto da saúde quanto da doença estão ligadas à relação que o homem mantém com a natureza e o mundo que o cerca.

De modo geral, há uma prevalência de condições não saudáveis, nos quais as pessoas trabalham de maneira insegura e consomem de forma “comercial, despojada de recursos de defesa, de suportes de organizações protetoras coletivas e comunitárias” (BREILH, 2011), tendo, cada vez mais, “uma margem muito restrita de condições, e estas condições estão produzindo doenças evidentes, [a exemplo de] um crescimento descomunal do câncer” (BREILH, 2011)²⁴. De modo semelhante, nos escritos de Laurell (1983) e Laurell e Noriega (1989) encontramos um reconhecimento do social para compreender o biológico, de modo que “a combinação entre os processos de desgastes e de reprodução origina o nexo biopsíquico humano, que é historicamente específico” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 36), conforme dito anteriormente.

Nessa articulação entre os processos saúde-doença e os processos gerais da sociedade, enfatizada por Oliveira (1989) e lembrada por Vasconcellos (2007), a “lei” de mortalidade da força de trabalho, que se estende para o conjunto da população sob os custos de reprodução, parece estar determinada pela predominância da extração das taxas de mais-valia e dos métodos que lhe são peculiares. Esse consumo da força de trabalho, que não é apenas o consumo produtivo “pelos meios de produção que valorizam o valor, é [também] um desgaste, uma depredação da força de trabalho, que se reflete no padrão sanitário da

²³ O texto em língua estrangeira é: “denunciando sin revelar, informando sin movilizar y enfocando factores aislados de la problemática, sin mostrar su relación con los procesos estructurales que los generan”. (BREILH, 2010, p.84).

²⁴ Cf. referência em nota de rodapé anterior de n.19.

população e, em última análise, na taxa de mortalidade” (OLIVEIRA, 1989 apud VASCONCELLOS, 2007, p. 15) – e, podemos acrescentar, de morbidade. Nesse sentido, explicita-se a relevância de compreendermos o caráter dialético presente na relação saúde-trabalho.

Vasconcellos (2007) traz uma contribuição importante, ao desenvolver a problematização teórica de Oliveira (1989), a ela acrescentando a perspectiva de Yanes (2003, p. 27), segundo a qual a dialética entre o momento “da produção e o momento do consumo tem sua expressão específica no processo saúde-enfermidade ou expressando melhor, processo saúde-trabalho-enfermidade” (VASCONCELLOS, 2007, p. 16). Evidencia-se e ilustra-se, dessa forma, como se estabelece a dinâmica entre condições/modo de vida e de trabalho, respectivamente, como momentos produtivo e reprodutivo na determinação dos padrões de desgaste e do processo saúde-doença.

Desse modo, considerando a proposta desta tese, interessa-nos apreender um aspecto fundamental, privilegiado na abordagem crítica do processo saúde-doença: o movimento dialético (BREILH; GRANDA, 1989; LAURELL, 1983) dos processos que impactam as condições de vida e saúde da sociedade, bem como o próprio sistema de Saúde.

Não é possível abordar o conceito de determinação social da saúde sem fazer menção à existência de inúmeras abordagens que utilizam, de forma indiscriminada, os termos “determinantes sociais da saúde” e “determinação social da saúde”, desconsiderando suas distinções. Na concepção recente, inclusive encaminhada pela OMS, enquanto os “determinantes sociais da saúde se limitam a identificar correlações entre variáveis sociais e eventos de morbimortalidade na população” (ROCHA; DAVID, 2015, p.133), a abordagem crítica da determinação social do processo saúde-doença está voltada à integralidade, considerando as determinações que lhe são intrínsecas.

Cabe destacar que o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Latino-Americana de Medicina Social (ALAMES) tecem críticas à utilização do termo “determinantes sociais”, por conceberem que a terminologia está altamente identificada com a abordagem da epidemiologia tradicional (TAMBELLINI; SCHUTZ, 2009; NOGUEIRA, 2010). Como destacam Tambellini e Schutz (2009,

p.372), “o fato de ter voltado à baila a questão da determinação social em saúde como tema para discussão crítica no campo da saúde coletiva é motivo de muito regozijo e esperança”. Temos, de um lado, “a visão [a partir] de um pensamento crítico, social, profundo, que se fundamenta na economia política e em uma visão material da cultura, dos elementos da política” (BREILH, 2011)²⁵; de outro, a epidemiologia tradicional, com forte influência do positivismo, reduzindo a determinação social do processo saúde-doença ao que entendem como fatores²⁶ determinantes do processo saúde-doença. Conforme Breilh (2003, p. 98)²⁷,

Se a Epidemiologia constrói seu objeto, conceitos e ação apenas entre os comportamentos que conformam o estilo de vida, a forma de exposição e a presença de condições mórbidas, está cortando seu objeto / conceitos / campo e desconectando os fenômenos de suas relações determinantes e o conjunto completo de ordem social. Esta desconexão não é uma simples ingenuidade, mas envolve uma operação que é equivalente a pouco mais do que uma manobra expiatória da referida ordem social.

No que diz respeito às condições/modo de vida dos trabalhadores no capitalismo, podemos afirmar que a urbanização acelerada e desordenada, o desemprego, o subemprego, a miséria e outros aspectos associados à precariedade da inserção laborativa afetam a vida e a saúde dos trabalhadores e de suas famílias. Guerra et al. (2005) acrescentam, a esse respeito, as relações entre o acometimento por câncer e a pobreza, sinalizando que a urbanização na América Latina

tem sido acompanhada de pobreza urbana maciça, o que tem contribuído para o agravamento das disparidades sociais. Deve-se levar em consideração, também, a repercussão da rápida mudança na condição nutricional desta região, desencadeada pelo processo de industrialização, o que afetou, sobremaneira, a prevalência de doenças crônicas como o câncer (GUERRA et al., 2005, p. 228).

Assim, para compreender melhor a relação entre a determinação social do processo saúde-doença e as condições de trabalho no capitalismo, torna-se

²⁵ Cf. referência em nota de rodapé anterior de n. 19.

²⁶ Aspectos, muitas vezes, inclusive, restritos a uma prescrição em relação à conduta dos sujeitos, corroborando para uma culpabilização dos mesmos, e que se pode estender ao exemplo do consumo de tabaco e álcool.

²⁷ O texto em língua estrangeira é: " Se la Epidemiología construye su objeto, conceptos y acción sólo entre las conductas que conforman el estilo de vida, las forma de exposición y la presencia de condiciones mórbidas, está cercenando su objeto/conceptos/campo y desconectando los fenómenos de sus relaciones determinantes y del conjunto completo del orden social. Esa desconexión no es una simple ingenuidad, sino que entraña una operación que equivale poco menos que a una maniobra expiatoria de dicho orden social". (BREILH, 2003, p. 98).

necessário problematizar os diversos aspectos presentes nesse processo e que complexificam essa relação, uma vez que o propósito desta tese é o de discutir a (des)proteção social a que estão submetidos trabalhadores laringectomizados, predominantemente idosos e homens, com baixa escolaridade e provenientes do ramo da Construção Civil.

Nesse sentido, é relevante considerar que o campo da Saúde do Trabalhador (ST)²⁸ tem suas origens na Medicina Social Latino-Americana, como também é influenciado pelas concepções previstas na Reforma Sanitária Italiana, tendo por referência o materialismo histórico como categoria central na análise da produção e reprodução social. A exploração da força de trabalho com o objetivo da acumulação não é recente e, para compreendermos a relação entre a saúde e o processo de trabalho, necessitamos de uma aproximação ao campo conceitual relativo à saúde do trabalhador. Como sinaliza Lara (2011), é necessário, ainda, reconhecer que, apesar dos relevantes avanços alcançados rumo a novas percepções sobre as relações que os homens estabelecem com o trabalho, "permanecem, no cotidiano das lutas sociais do trabalho, as hegemonias da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional". (LARA, 2011, p.82).

Autores como Mendes e Dias (1991), Tambellini et al (2013), Vasconcellos e Ribeiro (2011), entre muitos outros, discorreram sobre os primórdios da Saúde do Trabalhador, destacando a influência da Medicina Social Latino-Americana e a Reforma Sanitária Italiana na constituição do campo no Brasil. A esse respeito, é válido ressaltar a origem do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil como resultante do então emergente movimento institucional da década de 1980, que tinha por cerne a transformação das relações saúde-trabalho no país (VASCONCELLOS; RIBEIRO, 2011). É oportuno destacar, nesse sentido, que, nas produções acadêmicas, a Saúde do Trabalhador adquiriu "um *status* distinto das tradicionais

²⁸ Como definem Minayo-Gómez e Thedim Costa (1997, p.25), a Saúde do Trabalhador compreende "um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum".

medicina do trabalho, engenharia de segurança e saúde ocupacional²⁹ na medida em que a produção de conhecimentos técnico-científicos [...] passou a se vincular ao conhecimento empírico [...]" (VASCONCELLOS; RIBEIRO, 2011, p.425)³⁰, bem como à experiência e representação sindical dos trabalhadores.

Ao analisarmos o conteúdo da legislação³¹ relativo à saúde dos trabalhadores, temos que a Constituição de 1988 estabelece, no Art. 196, a Saúde como sendo um “direito de todos e dever do Estado”, de forma que o objetivo das políticas sociais e econômicas deve ser o de reduzir “o risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Em complemento, em relação ao direito à saúde, no Art. 200, a Carta Magna atribui ao SUS a competência de “II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” e de “VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”. (BRASIL, 1988)³².

²⁹ Nesse sentido, é importante mencionar que Mendes e Dias (1991) realizaram um detalhado resgate histórico acerca dos primórdios da Saúde do Trabalhador. Como sinalizam os autores, a Medicina do Trabalho tem seu surgimento na Inglaterra, a partir da Revolução Industrial. A insuficiência da medicina do trabalho na intervenção sobre os problemas de saúde derivados do processo produtivo expressou-se, entre outros, no questionamento dos trabalhadores e na sua incapacidade para adaptar-se às mudanças no processo de trabalho, abrindo espaço para a Saúde Ocupacional. Assim, a “Saúde Ocupacional” surge, sobretudo, dentro das grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais, e a ênfase na higiene ‘industrial’, refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países ‘industrializados’ (MENDES; DIAS, 1991, p.343). Entretanto, como parte de um processo complexo, a insuficiência do conceito de Saúde Ocupacional revelou-se, como na Medicina do Trabalho, na incapacidade de incorporar a participação dos trabalhadores e de atuar de modo mais amplo rumo às suas reivindicações, ao contrário do conceito de Saúde do Trabalhador, que engloba um vasto conteúdo social e político, ausente nas vertentes anteriores.

³⁰ Como acrescentam os autores, “assim, na década de 1980, podemos situar a emergência de um discurso reformista, assentado na expressão ‘saúde do trabalhador’ como área da saúde pública, e contra hegemônico ao da saúde ocupacional, inserindo-se no espírito da reforma sanitária brasileira, que, por sua vez, vinha se firmando com o fim do período autoritário, que culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com a 1ª CNST, ainda em 1986, com o processo constituinte no biênio 1987-1988 e com a Constituição Federal de 1988, que cria o SUS”. (VASCONCELLOS; RIBEIRO, 2011, p.428).

³¹ Conforme Serra (2010, p.93), “é importante sinalizar que a legislação pública no Brasil na área do trabalho teve alguns recortes históricos importantes, foi o caso da criação do Ministério do Trabalho em 1930; da Consolidação das Leis Trabalhistas em 1943; do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço em 1966, do Sistema Nacional de Emprego em 1976 e do Seguro Desemprego em 1986”.

³² BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 16 jan. 2016.

Por sua vez, a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)³³ nos anos 2000, figura como uma iniciativa relevante no que concerne à institucionalização do campo, embora tenha o demérito de desconsiderar a "categoria trabalho como determinante central de situações de saúde-doença, sem o devido componente articulador com a atenção básica, a epidemiologia, a vigilância e a assistência, a despeito do esforço daqueles comprometidos com a área". (VASCONCELLOS; RIBEIRO, 2011, p. 442). Complementando a discussão, Ribeiro (2013, p.271) destaca a lacuna de publicações que sistematizem as ações de vigilância nos ambientes e no processo de trabalho, bem como a ausência de uma "[...] responsabilização solidária da instância estadual do SUS. A estrutura regionalizada da Renast não auxilia nesta etapa, na medida em que não prevê uma função dos centros de referência regionais e estadual no tocante à vigilância".

Já a Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008, ao estabelecer as prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida, apresenta no Art. 1º, inciso VII, a Saúde do Trabalhador como uma das prioridades. Conforme Ribeiro (2012, p.70), em relação ao Pacto pela Vida, verifica-se que "dois temas – controle do câncer e promoção da saúde do trabalhador – imbricam-se nas prioridades do SUS e demandam que políticas públicas interajam em atividades relacionadas, priorizando a promoção da saúde", muito embora padeçam dos mesmos desafios relativos à execução, ressaltados anteriormente.

Partanen et al (2009) destacam que o campo da ST intervém na proteção da saúde dos trabalhadores, considerando os perigos e cargas presentes no processo de trabalho, ressaltando que "é de responsabilidade do Estado e do empregador" prevenir esses riscos, de modo que "devem ser tomadas precauções em resposta à evidência plausível de um perigo provável, e estabelecer comissões mistas de saúde e segurança nos locais de trabalho"³⁴. (PARTANEN et al., 2009, p.195).

Tal compreensão do campo da ST, contudo, diverge da concepção crítica de

³³ Leão e Vasconcellos (2011, p. 453), a respeito da Renast, indicam que a sua constituição em rede, através dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), não contribuiu para que o campo estivesse mais próximo às políticas de saúde do SUS, permanecendo, ainda, a lacuna de comunicação no interior da própria rede.

³⁴ O texto em língua estrangeira é "Se debe actuar con precaución en respuesta a la limitada evidencia plausible y creíble, sobre un peligro probable, y establecer comisiones mixtas de salud y seguridad en lugares de trabajo". (PARTANEN et al., 2009, p.195).

autores como Vasconcellos e Ribeiro (2011, p.427), que problematizam o emprego recorrente do termo “segurança” como sendo um complemento da “saúde” no trabalho: tal dissociação incorre no erro de não “reconhecer que segurança no trabalho é parte indissociável da condição de saúde no trabalho”. Outro aspecto de suma importância abordado pelos autores e evidenciado na pesquisa é o conflito institucional presente nos campos da saúde e do trabalho e da previdência, fruto da “construção histórica de uma ideologia de saúde no trabalho com o viés contratualista, cuja responsabilidade esteve e está, todavia, a cargo das estruturas trabalhista e previdenciária dos Estados nacionais [...]”. (VASCONCELLOS; RIBEIRO, 2011, p. 431).

Desse modo, destaca-se a relevância de evidenciar a (des)proteção social dos trabalhadores e seus efeitos na reprodução da força de trabalho. No país, o próprio Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) reconhece que a “má qualidade do ar no ambiente de trabalho é um fator importante para o câncer ocupacional. Durante pelo menos oito horas por dia os trabalhadores estão expostos ao ar poluído, pondo seriamente em risco a saúde” (SINAN, 2017)³⁵. Diante dessa e de outras formas de exposição da saúde no trabalho, “não se pode dicotomizar a ‘questão’, negligenciando as devidas correlações” (SOUZA, D., et al., 2015, p. 113),

Nesse sentido, eleger o conceito de determinação social do processo saúde-doença como norteador do estudo corresponde a identificar o importante papel da política na reflexão sobre o acesso aos serviços, de modo que a “saúde constitui tema bastante sensível para o universo político, ao passo que a determinação social da saúde potencializa ainda mais esse caráter crítico” (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010, p. 37), vinculando diretamente a saúde dos sujeitos ao seu contexto social.

Destaca-se, ainda, de modo geral, que a descoberta do câncer, que pode estar possivelmente relacionado ao trabalho, ocorre geralmente de forma tardia, especialmente devido ao longo período de latência³⁶ da doença no organismo. Tal

³⁵ SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. DRT Câncer relacionado ao trabalho. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/drt-cancer-relacionado-ao-trabalho>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

³⁶ Significado de "período latente (sinônimo: período de incubação aplicado a doenças não infecciosas): Intervalo entre a exposição a agentes químicos tóxicos e o início dos sinais e sintomas

aspecto repercute na capacidade produtiva dos sujeitos – suscitando procedimentos e cirurgias invasivas, ou seja, quando poucas são as possibilidades de cura – e no (não) reconhecimento da doença profissional, em uma atuação efetivamente *ex post facto* das políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social. Sendo assim, o resultado, diante do exposto, é a mutilação ou morte dos trabalhadores, sendo importante problematizar o adoecimento por câncer nas suas relações com o processo de produção e reprodução social.

1.2 O adoecimento por câncer e suas relações com o processo de produção e reprodução social

Um importante aspecto relacionado tanto à produção, quanto à reprodução social no capitalismo, ressaltado por Tambellini e Câmara, é o fato de o ambiente "ser penetrado e utilizado pelos processos produtivos", de tal modo que tais processos "estabelecem as relações sociais e técnicas que submetem as coisas e os seres (da natureza) e seus vínculos aos desígnios desta produção (econômica e social), sem levar em conta seus limites de sobrevivência" (1998, p. 52). Transformações na organização da produção e na gestão do trabalho vão sendo engendradas e estas mudanças, provocadas pela recomposição³⁷ do capital (NETTO, 2004), atingem de forma impactante as relações que se estabelecem na sociedade e, assim, repercutem também para o processo saúde-doença dos trabalhadores.

da doença" (WALDMAN; GOTLIEB, 1992). Novamente merece destaque a idade dos usuários, em sua maioria idosos, e o tempo decorrido até o diagnóstico da doença. WALDMAN, E. A.; GOTLIEB, S. L. D. Glossário de epidemiologia. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, 7, p. 5-27, 1992. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_07/10.html>. Acesso em: 10 out. 2016.

³⁷ De forma que a reação burguesa se expressa, entre outros, na desregulamentação das relações trabalhistas e tem rebaixamentos no sistema de proteção social, a exemplo da "refilantropização da assistência" (NETTO, 2004, p. 72).

O Brasil, apesar de ser considerado um dos “países emergentes”, “em desenvolvimento”³⁸, agrega contradições provenientes de um processo de desenvolvimento desigual, materializadas na gritante desigualdade social persistente nos dias atuais, em meio às “desconcertantes transformações e reversões que testemunhamos em nosso século [que] só podem se tornar inteligíveis se reavaliadas dentro deste quadro mais geral do sistema do capital global [...]”. (MÉSZÁROS, 2011, p.42). Não por acaso, Chesnais (1996) debruçou-se sobre a análise da mundialização do capital, que, de forma combinada, ao mesmo tempo em que investiu no incremento do capital financeiro e no avanço tecnológico, corroborou com processos de degradação das condições de vida e de trabalho dos trabalhadores, o que traz como repercussões a manutenção da hierarquia e assimetria entre as nações, nos marcos da divisão internacional do trabalho.

Na mesma direção, a obra “Dialética da Dependência”, de Ruy Mauro Marini (1973)³⁹, é outro exemplo de uma das mais importantes contribuições do pensamento marxista, para explicar o capitalismo no contexto latino-americano, observando as peculiaridades de um “*capitalismo sui generis*, que só adquire sentido se o contemplamos na perspectiva do sistema em seu conjunto, tanto em nível nacional, quanto, e principalmente, em nível internacional”. Isto é, aponta para a necessária observação das implicações dialéticas da dependência para a explicação da realidade dos países com desenvolvimento considerado retardatário.

Löwy (1998, p.73), por sua vez, apresenta, como chave analítica, a teoria do desenvolvimento desigual e combinado, que, elaborada por Trotsky, tem o intuito “de dar conta da lógica das contradições econômicas e sociais dos países do capitalismo periférico [...]”. Equivale a afirmar que “a dialética do desenvolvimento, assim percebida, concebe que o subdesenvolvimento de alguns países/regiões

³⁸ Como ressalta Guimarães (1998), o Brasil permanece um “grande país periférico”. De acordo com o autor, “grandes países periféricos seriam aqueles países não-desenvolvidos, de grande população e de grande território contínuo, não-inóspito, razoavelmente passível de exploração econômica” (GUIMARÃES, 1998, p. 111).

³⁹ Destaca-se, no estudo, a importante contribuição de Ruy Mauro Marini no que tange à compreensão da estrutura e funcionamento do capitalismo nos países periféricos, especialmente no contexto latino-americano: a de que o desenvolvimento nesses países não ocorrerá “jamais da mesma forma como se desenvolvem as economias capitalistas chamadas de avançadas” (MARINI, 1973). Ressalta-se, ainda, a contribuição teórica de autores como Florestan Fernandes, Caio Prado Júnior, entre outros, no que tange à análise da formação social brasileira e das sérias repercussões ainda hoje presentes na sociedade, decorrentes desse contexto de formação.

resulta precisamente do que determina o desenvolvimento dos demais". (CARCANHOLO, 2008, p. 253).

Marini (1973)⁴⁰, ao problematizar a forma como a América Latina estaria participando do mercado mundial, afirmou que a acumulação passaria a “depende mais do aumento da capacidade produtiva do trabalho do que simplesmente da exploração do trabalhador”, sendo que a produção latino-americana, por sua vez, ocorreria “com base em uma maior exploração do trabalhador”. Como acrescenta o autor, um aspecto essencial a ser considerado é que “é esse caráter contraditório da dependência latinoamericana, que determina as relações de produção no conjunto do sistema capitalista”. (MARINI, 1973).

Ainda no que se refere à problematização das relações estabelecidas entre os países com base na “industrialização substitutiva de importações” (IANNI, 1989), temos que, à época, esta era anunciada como uma alternativa que viabilizaria a emancipação dos países latino-americanos. Com o seu declínio, contudo, observou-se que esta forma de organização econômica contribuiu, ao contrário, para aprofundar a dependência desses países em relação aos capitalismos norte-americano e mundial. A esse respeito, Breilh (2003, p.226)⁴¹ complementa, afirmando que, na América Latina,

Esses mecanismos foram perpetrados [...] de forma desigual e combinada, viabilizando um processo de recomposição produtiva em que grandes corporações e investidores nacionais e transnacionais aproveitaram as vantagens relativas de países subordinados que agora estão desprotegidos graças ao fechamento de padrões de proteção e uma abertura alcançada pela pressão dos países centrais. (BREILH, 2003, p. 226).

Não é de se admirar, nesse contexto, a persistência, hoje, de condições extremamente precárias relacionadas ao acesso aos serviços, à segurança, à alimentação, à sobrevivência de forma geral. A nossa condição periférica nas relações econômicas internacionais encontra-se expressa, por exemplo, nas

⁴⁰ Versão digitalizada da obra de Ruy Mauro Marini. MARINI, R. M. Dialética da dependência. 1973. Disponível em: <<https://www.marxists.org/portugues/marini/1973/mes/dialetica.htm>>. Acesso em 18 abr. 2017.

⁴¹ O texto em língua estrangeira é: "Dichos mecanismos se han perpetrado en América Latina de modo desigual y combinado, viabilizando un proceso de recomposición productiva en el que las grandes corporaciones y los inversionistas nacionales y transnacionales han aprovechado las ventajas relativas de los países subordinados que se encuentran ahora desprotegidos gracias a la clausura de normas proyectivas, y a un aperturismo logrado por la presión de los países del Primer Mundo". (BREILH, 2003, p. 226).

discrepâncias regionais em relação ao acesso aos serviços e na excessiva concentração de renda. Conforme Castelo (2012, p. 05), “o Brasil nasce como fruto da expansão desigual e combinada⁴² do capitalismo ao redor de todo o globo terrestre”. Trata-se de uma “formação econômico-social marcada pelo domínio estrangeiro, seja ele operado por forças estatais (nações), seja por forças privadas (capitais)” (CASTELO, 2012, p.5), de modo que “uma produção específica que determina a todas as outras [...] o seu lugar e a sua importância” (LÖWY, 1998, p. 73).

Ao realizarmos um resgate histórico, temos que desde o Brasil colonial a nossa estrutura econômica esteve estruturada na exportação de produtos primários e “na grande propriedade monocultural trabalhada por escravos” (PRADO JÚNIOR, 1981, p.124). Como acrescenta o autor, no Brasil, a

Economia de exportação, constituída para o fim de fornecer gêneros alimentícios e matérias-primas tropicais aos países e populações das regiões temperadas da Europa e mais tarde também da América, se organizará e funcionará em ligação íntima e estreita dependência do comércio ultramarino em função do qual se formou e desenvolveu. Será essencialmente uma economia colonial, no sentido mais preciso, em oposição ao que denominaríamos de economia ‘nacional’, que seria a organização da produção em função das necessidades próprias da população que dela participa. Esta é a circunstância principal que tornará o Brasil tão vulnerável à penetração do capital financeiro internacional quando o capitalismo chega a esta fase do seu desenvolvimento. O país far-se-á imediata e como que automaticamente, sem resistência alguma, em fácil campo para suas operações.(PRADO JÚNIOR, 1981, p.206).

Nesse sentido, Fernandes (2006, p. 38), ao abordar as características da “Revolução Burguesa no Brasil”, apresenta como indagações fundamentais o “como” e o “quando” se constituíram os elementos histórico-sociais que permitiram a existência de

comportamentos coletivos, mais ou menos conscientes e inteligentes, através dos quais as diversas situações de interesses da burguesia, em formação e expansão no Brasil, deram origem a novas formas de organização do poder em três níveis concomitantes: da economia, da sociedade e do Estado.

A compreensão de que a dependência “não é mera ‘condição’ ou ‘acidente’” (FERNANDES, 1981, p. 54) possibilita o entendimento de que, nos países latino

⁴² Como ressalta Löwy (1998, p. 73), a teoria do desenvolvimento desigual e combinado rompe com a ideia de “evolucionismo, a ideologia do progresso linear e o euro-centrismo”, sendo ainda considerada por Ernst Mandel a “maior contribuição de Trotsky à teoria marxista”.

americanos, a autonomia real foi obstaculizada por não servir aos interesses dos países centrais. Verifica-se, ainda, que o Brasil, conseqüentemente, devido as repercussões do "ingresso tardio na fase de industrialização, não obteve os efeitos positivos ocorridos naquelas sociedades, daí a forte presença de ocupações no setor primário e depois, cada vez maior, no setor terciário da economia".(SERRA, 2010, p.89).

Desse modo, a atualidade, ainda hoje, do pensamento social produzido no contexto brasileiro tem suas expressões na persistência da "concentração de renda, do prestígio social e do poder nos estratos e nas unidades ecológicas ou sociais que possuem importância estratégica para o núcleo hegemônico de dominação externa". (FERNANDES,1981, p. 20).

Uma resultante desse processo histórico, no contexto atual, é explicitada por Iamamoto (2013), ao sinalizar que o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), no seu relatório inicial sobre a distribuição de renda "na América Latina (2010), *Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad*, afirma ser esta a região mais desigual do mundo" (IAMAMOTO, 2013, p. 327).

Em maio de 2016, a Secretaria de Política Econômica do Ministério da Fazenda divulgou o primeiro *Relatório sobre a Distribuição da Renda e da Riqueza da População Brasileira*. A elaboração foi baseada "nos dados da declaração de Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), fornecidos pela Receita Federal do Brasil (RFB)", indicando que "0,1% concentra 44,3% do rendimento bruto do 1% mais rico. Em outras palavras, no grupo do 1% de pessoas mais ricas do país, apenas um décimo delas possui quase a metade da renda" (BRASIL, 2016b)⁴³. O Relatório também revelou que o índice de Gini⁴⁴ brasileiro está bastante acima do de países europeus e próximo dos números do México, Chile, Paraguai e Guatemala.

⁴³ BRASIL. Ministério da Fazenda. Fazenda divulga relatório sobre a distribuição da renda no Brasil. Notícias. [2016 b]. Brasília (DF), 02 maio 2016. Disponível em: <<http://www.fazenda.gov.br/noticias/2016/maio/200bspe-divulga-relatorio-sobre-a-distribuicao-da-renda-no-brasil>>. Acesso em: 11 out. 2016.

⁴⁴ O Índice de Gini, conforme indicado por Wolffebüttel (2004, p. 80), foi criado pelo matemático italiano Conrado Gini. sendo "um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um (alguns apresentam de zero a cem). O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um (ou cem) está no extremo

Sobre a aviltante concentração de renda no Brasil, expressa em termos quantitativos e cotidianos, verifica-se que

isto significa que as medidas modernizadoras anticrise, recomendadas aos países da periferia mundial, desde a década de noventa, pelos organismos multilaterais vêm redundando em uma recuperação das taxas de lucro e, simultaneamente, têm acentuado a desigualdade na maioria de nossos países. As políticas anticrise de raiz liberal são partes de um projeto de classe destinadas a restaurar e consolidar o poder do capital, privatizando lucros e socializando custos [...] (IAMAMOTO, 2013, p. 261).

Esse “drama crônico”, nas palavras da autora, é “indissociável da condição de capitalismo periférico e dependente dos centros mundiais”. (IAMAMOTO, 2013, p. 328). A prioridade governamental está voltada a favorecer a esfera financeira e o grande capital produtivo, atendendo ao “ônus das chamadas 'exigências' dos mercados” (IAMAMOTO, 2013, p. 332).

É nesse sentido que Iamamoto (2006, p. 19) vai ressaltar a relação próxima entre a “responsabilidade dos governos nos campos monetário e financeiro e a liberdade dada aos movimentos do capital transnacional para atuar, no país, sem regulamentações e controles [...]”. A gravidade dessa ausência de regulamentações e controles, portanto, é adensada especialmente nas últimas décadas, fazendo avançar sua cronicidade, pois, como indica Harvey (2016, p. 122), “a proliferação e a complexidade crescente na divisão do trabalho sob o domínio do capital deixam pouco espaço para o desenvolvimento ou a realização pessoal dos trabalhadores”. Com isso, diferenciadas formas ou possibilidades de viver, adoecer e morrer, com maior ou menor desgaste no trabalho e de acesso aos produtos da produção social coexistem como elementos da determinação social no processo de adoecimento e de degradação do corpo humano.

Os críticos ao materialismo histórico assinalam recorrentemente os limites dessa teoria ao lidar com as questões atinentes aos estudos sobre o corpo (HEROLD JÚNIOR, 2008). Contudo, partimos da compreensão de que o estudo da relação entre corpo e trabalho constitui vastas possibilidades no sentido de

oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza. Na prática, o Índice de Gini costuma comparar os 20% mais pobres com os 20% mais ricos”. WOLFFENBÜTTEL, A. O que é? – Índice de Gini. Desafios do conhecimento. Ipea, 4. ed., ano 1, nov. 2004. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28&Itemid=23>. Acesso em: 28 ago. 2017.

considerarmos, de forma dialética, os efeitos da degradação da saúde dos trabalhadores pesquisados.

A compreensão do caráter dialético pressupõe que o trabalho humano e a natureza mantêm estreita relação, de modo que o “relacionamento do trabalhador com as condições objetivas de seu trabalho é o de propriedade: esta constitui a unidade natural do trabalho com seus pressupostos materiais” (MARX, 1991, p. 65). A interação dos homens com a natureza, nesse sentido, revela uma relação sócio histórica de apropriação, evidenciada no comportamento da humanidade frente às condições naturais de produção.

Com o surgimento e desenvolvimento do modo de produção capitalista, o domínio sobre as condições de produção fica restrito à classe dominante, que tem como sustentáculo a exploração dos trabalhadores e da própria natureza, corroborando uma crescente destruição de ambos.

Desse modo, “diferentes processos (físicos e sociais) resultam tanto em termos materiais como representacionais na produção de diferentes tipos de corpos”. (HARVEY, 2005a, p. 157)⁴⁵. Retomar a discussão sobre a produção do corpo pressupõe o conhecimento aprofundado sobre o efeito que a circulação do capital variável exerce sobre os corpos dos trabalhadores, por meio da “extração da força de trabalho e da mais-valia[...], em diferentes momentos do consumo produtivo, da troca e do consumo individual” (HARVEY, 2005a, p.142). Ainda com Harvey (2005a), temos que, no consumo produtivo, a extração da força de trabalho se expressa no próprio assalariamento da mão de obra, importando ao capitalista, nesse momento, a capacidade, por parte do trabalhador, de produzir mais-valia para o capital.

Já no momento do consumo das mercadorias, o trabalhador faz uso do seu salário de acordo com critérios objetivos e subjetivos de necessidade. É nesse contexto que a racionalidade capitalista penetra e capta as subjetividades dos trabalhadores, criando novos desejos ou, como destaca o próprio Harvey (2005a), o sistema capitalista persuade, vigia e coage, promovendo “todo o tipo de pressões sobre o corpo [...]”. (HARVEY, 2005a, p. 153). O corpo do trabalhador está, assim,

⁴⁵ No capítulo 6 da obra “Espaços de Esperança”, intitulado “O corpo como estratégia de acumulação”, Harvey (2005, p. 135) problematiza a ideia do corpo como “medida de todas as coisas” a partir da perspectiva filosófica, trazendo os elementos teóricos que evidenciam a relação do corpo com a dinâmica societária.

submetido a um movimento determinado pelos interesses do capital. O salário e os desejos dos indivíduos são determinados e/ou apropriados de acordo com esses mesmos interesses.

Conforme Marx (2013), a acumulação está concentrada nas mãos de capitalistas individuais. Esses capitalistas controlam os meios de produção. Mas esse processo ocorre a partir de um movimento duplo, qual seja, “a concentração crescente dos meios de produção e do comando sobre o trabalho e, do outro, através da repulsão recíproca de muitos capitalistas individuais” (MARX, 1988, p. 727). Podemos afirmar ainda que, no avanço da acumulação, faz-se necessário ter à disposição a grande quantidade de trabalhadores, e tal disponibilidade corrobora para que os níveis de salário permaneçam baixos.

temos de confessar que nosso trabalhador sai do processo de produção de maneira diferente daquela em que nele entrou. No mercado encontramos-lo como possuidor da mercadoria chamada força de trabalho, em face de outros possuidores de mercadorias; vendedor, em face de outros vendedores. O contrato pelo qual vendeu sua força de trabalho ao capitalista demonstra, por assim dizer, preto no branco, que ele dispõe livremente de si mesmo. Concluído o negócio descobre-se que ele não é nenhum agente livre [...] (MARX, 2013, p. 345).

Afinal, o controle do que é produzido pelo trabalhador e de sua capacidade de trabalho, bem como a remuneração e as horas trabalhadas, encontra-se estipulado no contrato com o capitalista. O adoecimento, associado à falta de produtividade ou como fator impeditivo para o trabalho, aponta para a afirmação de Harvey (2005a), de que “podem ser necessários corpos saudáveis, mas com frequência produzem-se deformidades, patologias e doenças” (HARVEY, 2005a, p. 143).

A esse respeito, podemos afirmar que a todo direito concedido “em matéria de garantia da saúde do corpo do trabalhador [...] exige-se, nos termos do contrato, a contrapartida do dever do corpo – o corpo submetido, extenuado, modificado” (VASCONCELLOS, 2011, p. 69). Vasconcellos (2011) relembra, ainda, que não é a saúde em si o objeto do contrato de trabalho, “mas tão somente a força de trabalho em si” (VASCONCELLOS, 2011, p. 126).

O conhecimento acerca da “utilização” do corpo do trabalhador no decorrer da história brasileira pode ser apreendido “em grandes fases históricas da formação econômica e social do Brasil e suas relações com os principais métodos de produção e organização do trabalho” (PENA; GOMES, 2011, p. 85). Os autores

destacam o regime escravocrata nos períodos colonial e imperial, quando a assistência à saúde dos escravizados se dava por meio de práticas da medicina veterinária. Apontam, ainda, os efeitos da Revolução Industrial, com alta frequência de óbitos, epidemias, mutilações e deformações associadas às precárias condições de trabalho.

O fordismo, o taylorismo e o toyotismo⁴⁶, por sua vez, desencadearam uma reestruturação sem precedentes no que tange à organização do trabalho e à produção, que mudou “o perfil do trabalho e dos trabalhadores e a própria concepção de corpo” (PENA; GOMES, 2011, p.118). Com a implantação do taylorismo e do fordismo na indústria, uma enorme variedade de produtos, para se constituírem como mercadorias, precisavam ser consumidos (RIGOTTO, 2002).

Marini (1973)⁴⁷, a esse respeito, vai acrescentar que “na economia capitalista clássica, a formação do mercado interno representa a contrapartida da acumulação de capital”, separando o produtor dos meios de produção. Assim, “o capital não só criou o assalariado, isto é, o trabalhador que só dispõe de sua força de trabalho, como também criou o consumidor” (MARINI, 1973).

Desse modo, podemos afirmar, sobre o consumo, que o capitalismo encontra, na transformação de “desejos” em “novas necessidades”, a possibilidade de expansão incessante: para além da alimentação e do vestir-se, os sujeitos buscam adquirir produtos ou substâncias que saciem desejos, “provenham do estômago ou da fantasia” (MARX, 2013, p.57). O mesmo capitalismo que pauperiza não poupa esforços no sentido de criar novas necessidades de consumo. No entanto,

Surgem confrontos entre o modo como os trabalhadores fazem individualmente ou coletivamente suas escolhas de consumo e de estilo de vida e a maneira como as forças capitalistas tentam capturar e orientar essas escolhas para o consumo racional em favor da acumulação continuada (HARVEY, 2005a, p. 155).

⁴⁶ Ribeiro descreve de forma resumida os padrões de produção, de modo que “no Taylorismo, o controle do tempo é nitidamente uma preocupação da proposta taylorista de gerência científica. Essa preocupação vai perpassar todos os outros modos de organização da produção. No fordismo, a esteira rolante é uma estratégia de controle do ritmo de trabalho e apesar de gerar muitos tempos mortos ainda assim se configura como um controle sobre o tempo de trabalho. No toyotismo, a necessidade de controle sobre o tempo evidencia-se com a prática, por exemplo, do just-in-time e com toda uma dinâmica de organização do trabalho voltada para uma produção ininterrupta. Essa relação com o tempo, premeditada desde o taylorismo se manifesta fortemente nos dias de hoje” (2015, p. 77).

⁴⁷ Cf. referência em nota de rodapé anterior de n. 40.

Conforme Harvey, convém ainda destacar uma importante distinção marxiana “entre o trabalhador (*qua* pessoa, corpo, vontade) e a força de trabalho (aquilo que é extraído na forma de mercadoria do corpo do trabalhador)” para problematizar sua “posicionalidade em relação à acumulação e circulação do capital” (2005a, p. 142). Assim, Harvey desenvolve a articulação dos diferentes circuitos atravessados pelo trabalhador e que permitem apreender o “corpo como medida de todas as coisas” (2005a, p. 136).

Reportando-se, ainda, à teorização marxiana, Harvey (2005a) observa que “o consumo individual do trabalhador, quer ocorra no interior do local de trabalho ou fora dele, dentro ou fora do processo de trabalho, permanece sendo um aspecto da produção e reprodução do capital [...]” (HARVEY, 2005a, p. 152). E complementa esse desfecho, ao citar Marx, para observar que “do ponto de vista da sociedade, a classe trabalhadora, mesmo quando se acha fora do processo de trabalho direto, é apêndice do capital [...], tanto quanto são os instrumentos sem vida do trabalho” (MARX, 1976 apud HARVEY, 2005a, p. 152).

Assim, o momento do consumo evidencia, ainda, esta importante característica da sociedade capitalista: os trabalhadores são igualmente consumidores e reprodutores de si próprios e do sistema do capital – conforme Harvey (2005a), sua sede é o corpo, “medida de todas as coisas”. Importa-nos dizer, sobre esse aspecto particular, que a discussão acerca do modo de vida e de consumo dos trabalhadores vai ao encontro da consideração elaborada por Harvey (2005a, p. 156) de que “as diferentes janelas para o mundo construídas por meio dos momentos da produção, da troca e do consumo deixam o corpo laborante à mercê de toda uma série de forças” que repercutem diretamente na degradação da saúde. Breilh (2011), a esse respeito, expõe uma importante reflexão: a de que muitos trabalhadores desconhecem os “processos gerais” aos quais estão submetidos, de modo que a determinação social inerente a esses processos possibilita a ocorrência do adoecimento. Como afirma o autor,

Muitas vezes trabalhadores agroindustriais não sabem que têm um problema, porque estão ativos, mas estão gerando um câncer, uma toxicidade hepática ou uma anemia por intoxicação. Esses são processos ocultos que estão massivamente gerando uma patologia que vai incidir nos perfis epidemiológicos do presente e do futuro (BREILH, 2011)⁴⁸.

⁴⁸ Cf. referência em nota de rodapé anterior de n. 19.

Problematizar a produção e o consumo na sociedade capitalista implica considerar que a “mundialização do capital”⁴⁹ acentua ainda mais estas contradições. De fato, como afirma Chesnais (1996, p.246)

a esfera financeira nutre-se da riqueza criada pelo investimento e mobilização de uma força de trabalho de múltiplas qualificações. Uma parte, hoje elevada, dessa riqueza é captada [...] em proveito da esfera financeira [...]. Somente depois de ocorrer essa transferência é que podem ter lugar, dentro do circuito fechado da esfera financeira, vários processos de valorização, em boa parte fictícios, que inflam ainda mais o montante nominal dos ativos financeiros. (p.246).

Soma-se ao contexto anterior a produção constante de novas necessidades, a criação de “linhas inteiramente novas de produtos que definem estilos de vida e hábitos de consumo diferentes são introduzidas como importante recurso para evitar e superar crises” (HARVEY, 2005a, p. 153).

Desse modo, no plano econômico, Chesnais e Serfati (2003, p.33) destacam que “a conquista de novos mercados e o emprego de uma mão de obra superexplorada, utilizada no local ou importada foram igualmente os motores da expansão capitalista do século dezenove e do início do século vinte”, de tal modo que o próprio capital tem a preocupação com a criação de novos mercados, inclusive aqueles provenientes da degradação ambiental, gerando novos campos de acumulação.

Essas relações entre produção e consumo, ambiente e saúde podem ser identificadas a partir de diversas chaves de leitura, e podem ser analisadas sob diferentes ângulos e níveis de complexidade. Na medida em que aumentam a competitividade e concorrência, as consequências são desastrosas, com suas repercussões para o trabalhador, bem como a degradação crescente do meio ambiente (ANTUNES, 1999). A esse respeito, Breilh (2011) acrescenta que

Tanto o governo brasileiro quanto outros da América latina caem em uma contradição quando, ao mesmo tempo em que estão tocando programas que têm uma franca vontade política de melhorar as coisas para que os têm menos, de corrigir as grandes iniquidades do passado, não são suficientemente fortes e enfáticos em controlar, por exemplo, as grandes transnacionais da alimentação, da produção agrícola, da mineração, da

⁴⁹ Chesnais (1996, p. 320-321) indica, na obra “A mundialização do capital”, que “as formas assumidas pela mundialização, especialmente a força e a autonomia conquistadas pelo capital monetário, deixam pouca margem de manobra para soluções reformistas”, num momento especialmente crítico da sociabilidade humana.

indústria em geral. Porque às vezes os governos pensam que é explorando os recursos naturais que vão ter dinheiro para os programas sociais.⁵⁰

No contexto descrito anteriormente, verifica-se a exploração indiscriminada da natureza e a impossibilidade de garantir ambientes livres de agravos à saúde dos trabalhadores, uma forte contradição do capitalismo recente. De fato, entre as causas mais comumente relacionadas ao câncer em seres humanos estão: “a poluição do ar, da água e dos alimentos; aspectos relacionados à dieta; obesidade; inatividade física; tabagismo; álcool; radiação solar; fatores hormonais; vírus; hereditariedade; drogas e ocupação”⁵¹ (PARTANEN et al., 2009, p. 196). Um importante aspecto a ser considerado, nesse contexto, é que o câncer relacionado à ocupação – a princípio, passível de prevenção – apresenta mais “obstáculos políticos e econômicos do que técnicos, científicos ou médicos para ser evitado”, tendo em vista “os interesses comerciais da indústria na regulação e nos estudos sobre os produtos cancerígenos”⁵² (PARTANEN et al., 2009, p. 203).

É importante ressaltar que, frente à configuração histórica pela qual passou o mercado de trabalho⁵³, uma camada cada vez maior da população encontra-se na informalidade ou em trabalhos precários, exposta aos agravos e ao adoecimento por doença crônica não-transmissível (DCNT). O Ministério da Saúde classifica o câncer como DCNT, por estar relacionado tanto a condicionantes não modificáveis (como idade, sexo e raça), quanto aos modificáveis, como o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, o consumo excessivo de sal, a inatividade física, entre outros (BRASIL, 2014 b).

⁵⁰ Cf. referência em nota de rodapé anterior de n. 19.

⁵¹ O texto em língua estrangeira é: “Las categorías mayores de causas de cáncer en seres humanos son: contaminación de aire, agua y comida; factores de dieta; obesidad; inactividad física; tabaquismo; alcohol; radiación solar; factores hormonales; exposiciones tempranas en la vida; virus; herencia; drogas y ocupación”. (PARTANEN et al., 2009, p. 196).

⁵² O texto em língua estrangeira é: “El cáncer ocupacional en principio, se puede prevenir. Sin embargo, considerando los intereses comerciales de la industria en la regulación de y en los estudios sobre los productos cancerígenos [...] los obstáculos para prevenir el cáncer ocupacional son políticos y económicos, más que técnicos, científicos o médicos”. (PARTANEN et al., 2009, p. 203).

⁵³ Como sinaliza Barbosa (2010, p. 02), “as regulações dos anos 1930 na Era Vargas visaram regular e disciplinar a relação capital-trabalho em favor do ciclo de industrialização e dessa forma vinculou o direito social ao trabalho e controlou a organização dos trabalhadores, reforçando que somente os trabalhadores urbanos assalariados eram dotados de estatuto social. Ao largo dessa engenharia institucional estimulou-se o sentimento de pertencimento social pela via do trabalho formalizado como emprego”.

As DCNT têm tido uma participação expressiva nos quadros de morbidade e de mortalidade da população, evidenciando os processos de transição demográfica e epidemiológica⁵⁴, constituindo um problema de Saúde Pública a ser enfrentado não apenas hoje, mas que tende a se espalhar, cada vez mais.

Diante disso, compreendemos que, apesar dos avanços no marco legislativo, o SUS – através de sua Lei Orgânica, legislações complementares e das experiências implementadas na rede pública de serviços de saúde – ainda não incorporou, de forma efetiva, em seus paradigmas e ações, o lugar que *o trabalho* ocupa na vida dos indivíduos, tal como observa Vasconcellos (2007).

Especificamente, não houve o reconhecimento de sua responsabilidade na determinação do processo saúde-doença dos trabalhadores no exercício de suas atividades produtivas e na população em geral, desconsiderando os impactos que a desigualdade exerce sobre as sociedades.

No que diz respeito ao processo saúde-doença, é possível retomar, como exposto anteriormente, que o desenvolvimento brasileiro “é marcado por contrastes cujo impacto, em particular nas condições de saúde da população, acaba traduzindo-se na já referida coexistência de padrões epidemiológicos distintos, característicos do ‘atraso’ e da ‘modernidade’” (POSSAS, 1989, p.13), como também, ainda hoje, pela

impossibilidade de demarcação, no espaço geográfico e econômico, de populações submetidas simultaneamente à ‘modernidade’ e ao ‘atraso’. É esta impossibilidade que expressa, no nosso entender, o traço marcante do caráter complexo da realidade social brasileira, requerendo estudo em profundidade das especificidades manifestadas na configuração e dinâmica das estruturas ocupacionais, formais e informais, marcadas, por sua vez, pela extrema mobilidade (POSSAS, 1989, p.13).

⁵⁴ Sobre a transição demográfica e epidemiológica no Brasil, é válido considerar que as transformações societárias, a exemplo do “envelhecimento, a urbanização, as mudanças sociais e econômicas e a globalização impactaram o modo de viver, trabalhar e se alimentar dos brasileiros” (DUARTE; BARRETO, 2012, p. 530), de modo que esses processos têm sido fortemente considerados nas campanhas e ações do Ministério da Saúde no combate ao sedentarismo, à obesidade, ao tabagismo, entre outros. Conforme destacam Schramm et al (2004, p. 897), “no Brasil, a transição epidemiológica não tem ocorrido de acordo com o modelo experimentado pela maioria dos países desenvolvidos. Velhos e novos problemas em saúde coexistem, com predominância das doenças crônico-degenerativas, embora as doenças transmissíveis ainda desempenhem um papel importante”. Tardido e Falcão (2006, p.117), por sua vez, complementam a análise, indicando que a transição epidemiológica está acompanhada pela transição nutricional. Os autores sinalizam que “a prevalência da obesidade está em ascensão e um dos fatores que contribui para isto é a transição nutricional, com aumento do fornecimento de energia pela dieta e redução da atividade física, o que se pode chamar de estilo de vida ocidental contemporâneo”.

Desse modo, é importante já apontar para a discussão que é desenvolvida posteriormente, mas que evidencia a necessária consideração destas características articuladas entre a produção e o consumo e que se expressa na análise dos dados de pesquisa desta tese. No tocante à possível exposição no trabalho, por exemplo, é importante sinalizar que as principais profissões desempenhadas pelos sujeitos da pesquisa estão concentradas nos seguintes ramos: Construção Civil e Metalurgia e, ainda, na função de auxiliar de limpeza em ramos diversos –, consumidores de tabaco e/ou álcool, aspectos problematizados no próximo capítulo. A consulta aos prontuários dos sujeitos do estudo revelou trajetórias de vida marcadas pela precarização do trabalho, exercendo ocupações que demandam extremo esforço físico e/ou exposição a condições adversas e sem vínculo estável.

No que tange aos dados relativos ao consumo e ao modo de vida dos pacientes, as informações dos prontuários restringiram-se ao consumo de tabaco e álcool⁵⁵. Isso demonstra que não estão sendo considerados pelos profissionais de saúde, em suas avaliações, outros aspectos relativos à reprodução da força de trabalho em questão, tais como hábitos de lazer, atividades para além do trabalho, alimentação, atividade física, entre outros. Evidencia-se, desse modo, a centralidade do *modus operandi* biomédico, ao privilegiar determinadas informações em detrimento de outras, ainda que, mesmo nesta abordagem, informada pelos "fatores de risco", caberia contemplar essas demais dimensões. A ausência dessas informações corrobora a reflexão crítica, aqui empreendida, em torno da consideração da reprodução social como decisiva para as condições de saúde, porém não devidamente considerada e problematizada no atendimento em Saúde.

A forma como os homens produzem esses meios depende em primeiro lugar da natureza, isto é, dos meios de existência já elaborados e que lhes é necessário reproduzir; mas não deveremos considerar esse modo de produção deste único ponto de vista, isto é, enquanto mera reprodução da existência física dos indivíduos. Pelo contrário, já constitui um modo determinado de atividade de tais indivíduos, uma forma determinada de

⁵⁵ Como limitação do estudo, é importante sinalizar que, nos prontuários, as informações relativas ao consumo estão centradas no tabagismo e no etilismo, o que demonstra o quanto os dados estão subordinados ao modelo biomédico sinalizado anteriormente. Outras relações com o consumo poderiam ser mencionadas e problematizadas nos prontuários, a exemplo da alimentação industrializada, composta por elementos transgênicos que trazem malefícios à saúde, do uso de medicações que trazem efeitos colaterais, entre outras formas de consumo diversas que não são devidamente problematizadas no tratamento oncológico. Destaca-se, também, a impossibilidade de acesso aos sujeitos da pesquisa para conhecer e aprofundar essas informações, como é esclarecido no próximo capítulo.

manifestar a sua vida, um modo de vida determinado. A forma como os indivíduos manifestam a sua vida reflete muito exatamente aquilo que são, O que são coincide, portanto com a sua produção, isto é, tanto com aquilo que produzem como com a forma como o produzem. Aquilo que os indivíduos são depende portanto das condições materiais da sua produção (MARX; ENGELS, 2007, p.10).

Nesse sentido, segundo Almeida-Filho (2004, p. 878), a referência ao conceito de “modo de vida” costuma ser mediada “por duas dimensões intervenientes: estilo de vida e condições de vida”. O autor sinaliza a preocupação de Possas (1989) em diferenciar os conceitos, uma vez que, para essa autora, as condições de vida dizem respeito às “condições materiais necessárias à subsistência, à nutrição, convivência, saneamento, e às condições ambientais, que são feitas essencialmente pela capacidade de consumo social” (ALMEIDA-FILHO, 2004, p. 878). O conceito de estilo de vida, por outro lado, remete “às formas sociais e culturalmente determinadas de viver, que se expressam em condutas, tais como a prática de esportes, dieta, hábitos, consumo de tabaco e álcool” (ALMEIDA-FILHO, 2004, p. 878).

Nesse sentido, é válido ressaltar a criação, no ano de 2006, da “Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde” (CNDSS), criada por decreto presidencial. Na ocasião, foi elaborado um folder de divulgação que trazia a seguinte informação: “os estilos de vida individuais, como hábito de fumar, praticar exercícios e adotar dieta saudável, estão, em parte, também condicionados por DSS como renda, padrões culturais e mensagens publicitárias, entre outros” (CNDSS, 2006)⁵⁶.

Evidencia-se, desse modo, o quanto as políticas públicas e as ações em saúde estão alinhadas ao conceito de estilo de vida, uma vez que as campanhas priorizam, preponderantemente, a regulação das condutas, dos hábitos e do consumo, especialmente do tabaco e do álcool. Desconsidera-se, nessa abordagem, que um país periférico como o Brasil apresenta exemplos históricos de espoliação social e econômica que se expressam na sociedade, como a aviltante distribuição desigual de renda, a violência e a insegurança e, portanto, o conceito de modo de vida deve estar relacionado tanto à produção quanto à reprodução social sob o

⁵⁶ CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Disponível em: < <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/10006001341.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2018. Como argumentado na tese, esta perspectiva dos “determinantes sociais” difere e se distancia substantivamente daquela da determinação social do processo saúde-doença.

capitalismo, bem como às particularidades e singularidades da formação social brasileira, explicitadas anteriormente.

Assim, sobre o consumo de tabaco e álcool, um desdobramento da reflexão realizada no tópico anterior, qual seja, a da determinação social do processo saúde-doença, é que embora sejam associadas ao adoecimento por câncer e alvos de ações sanitárias que ressaltam seus malefícios, é inegável que entre substâncias importantes na história econômica, social e cultural brasileira estão as bebidas alcoólicas – em especial a cachaça e a cerveja –, o tabaco e o café⁵⁷, contribuindo abundantemente para a acumulação continuada (HARVEY, 2005b). Verifica-se, desse modo, que a relação entre “desejos” e “consumo” manifesta-se, sobremaneira, na forma como os capitais se organizam para captar os gostos e transformar produtos em símbolos de uma determinada forma de viver. Com Harvey (2005a), temos que

Os capitais produtivo, financeiro, fundiário e mercantil têm todos eles suas próprias modalidades de movimentação, e as rendas burguesas geram complexas relações entre 'necessidades', 'desejos' e 'luxos' que afetam as opções de estilos de vida, de símbolos de status e as modas estabelecidas pelos ricos, poderosos e famosos. Estes determinam padrões relativos para o pobre que trabalha, pois, como Marx também insiste, o sentido de bem-estar é uma medida antes comparativa do que absoluta [...] (HARVEY, 2005a, p. 158).

O Brasil é considerado um dos principais países produtores de bebidas alcoólicas e, em relação “à aguardente de cana, o Brasil é o primeiro produtor mundial, com cerca de 1,3 bilhões de litros/ano” (FLACSO, 2012, p. 53), ainda que a maior parte dessa produção seja escoada como consumo interno. O país mantém, ainda, a posição de maior produtor mundial de café, de acordo com dados do Conselho dos Exportadores de Café do Brasil (Cecafé), gerando uma receita (na safra de julho de 2015 a junho de 2016) de US\$ 5,3 bilhões (CECAFE, 2016). Como destacam Oliveira e Carneiro (2014, p.22), o tabaco “também ocupou um importante papel na história econômica [...] nesse cultivo que também faz do país o maior exportador mundial”.

⁵⁷ Conforme informações do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), “a cafeína, também chamada metil-xantina, derivada das xantinas, está presente em plantas amplamente distribuídas nas várias regiões geográficas. Ela é encontrada nos grãos de café, folhas de chá e de mate, nas sementes de cacau e em várias partes do guaraná. Devido ao consumo generalizado dessa substância, conclui-se que ela é a droga mais utilizada no mundo”. (UNIFESP, 2016). UNIFESP. Universidade Federal de São Paulo. Cafeína. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/dpsicobio/drogas/cafe.htm>>. Acesso em: 13 set. 2016.

Um exemplo marcante da grande participação da indústria do tabaco na economia brasileira foi a assinatura, em 2014, do protocolo para exportação do tabaco para a China, sendo o Brasil representado pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. À época, o então Ministro da Agricultura defendeu a ação, afirmando que “somos um dos maiores exportadores de tabaco do mundo e a China o maior importador” (BRASIL, 2014 c), tendo em vista que “a China absorve, anualmente, um volume expressivo da produção de tabaco do Brasil, com importação de aproximadamente US\$ 500 milhões em 2013” (BRASIL, 2014 c)⁵⁸.

No entanto, como indica a recente pesquisa desenvolvida pelo Instituto de *Efectividad Clínica y Sanitaria* (IECS), o Brasil gasta, todos os anos, cerca de “R\$ 56,9 bilhões com despesas médicas e em perda de produtividade⁵⁹ provocadas pelo tabagismo [...] e arrecada anualmente R\$ 13 bilhões em impostos sobre a venda de cigarros” (REDE CÂNCER, 2017, p. 37), o que indica uma cobertura insuficiente se comparada aos gastos e perdas anteriormente citados.

Nesse sentido, é importante sinalizar que o Brasil passou a adotar, ao término da década de 1980, medidas antitabagismo, expressas no aumento de impostos sobre o tabaco, na extinção de propagandas e do fumo em ambientes fechados, além de ofertas, no SUS, de tratamento para os usuários. Atualmente, o país é considerado “um exemplo para o mundo”, reduzindo a “um terço o índice de fumantes na população, entre 1989 e 2015” (MELO; PINHO, 2017, p. 34).

Do mesmo modo, o incentivo governamental, através das campanhas e ações do Ministério da Saúde, à adoção de hábitos saudáveis, parte do princípio de que são necessárias políticas públicas voltadas para o combate ao consumo excessivo de alimentos processados, reforçando os benefícios de uma boa alimentação e prática regular de atividade física, o que, de modo geral, tem efeito positivo, ao considerarmos as comorbidades prevalentes atualmente, a exemplo da obesidade. Conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013, pode-se afirmar que 56,9%

⁵⁸ BRASIL. Portal Brasil. Brasil e China assinam protocolo para exportação de tabaco. [2014c]. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2014/11/brasil-e-china-assinam-protocolo-para-exportacao-de-tabaco>>. Acesso em: 10 out. 2016.

⁵⁹ É válido contextualizar que, nesta tese, partimos da compreensão de que o tabagismo não pode ser considerado, isoladamente, o causador do adoecimento por câncer e da perda de produtividade – como indica a matéria, uma vez que os sujeitos se encontram expostos a influências ambientais e ocupacionais ao longo da vida.

dos adultos brasileiros com 20 anos ou mais apresentam excesso de peso (IBGE, 2014a).

Assim, é válido ressaltar que o presente estudo, realizado com base em dados secundários, identificou uma ausência nos prontuários de informações que revelassem outros aspectos relativos ao modo de vida dos usuários, a exemplo da alimentação, do consumo de remédios de uso contínuo, lazer, entre outros. Outro dado importante é que mesmo as informações estando circunscritas, em sua maioria, a identificar o tabagismo e o etilismo, não há um detalhamento nos registros sobre como ocorreu o consumo dessas substâncias ao longo da trajetória de vida dos usuários.

Desse modo, o que questionamos aqui é a forma como a sociedade trata tais questões e a efetividade das ações em saúde, muitas vezes ancoradas em práticas, quando não culpabilizantes, extremamente fragmentadas e ineficazes. Isso por estarem ainda subordinadas à perspectiva biomédica e pautadas em exigências dos organismos multilaterais, a exemplo do Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD)/Banco Mundial⁶⁰.

Rizzotto (2000) vai destacar, nesse sentido, que “o interesse do Banco Mundial, no setor de saúde brasileiro, acompanhou a retomada do discurso do combate à pobreza na última década e a emergência deste setor como um importante mercado para o investimento privado” (RIZZOTTO, 2000, p. 152). Nota-se, assim, a preocupação com esse nicho de mercado, provocando os necessários e efetivos questionamentos sobre as concepções de saúde-doença que orientam as iniciativas para o setor.

Utilizando, novamente, o exemplo da obesidade, Leal (2016)⁶¹, vai indicar que, “Segundo o estudo *Fiscal policies for diet and prevention of non communicable*

⁶⁰ Como argumenta Fonseca (1998, p.39), “a importância atribuída à produtividade dos pobres foi determinante para que o Banco incluísse a educação, a saúde e o desenvolvimento rural no quadro de seus créditos, antes limitados aos projetos de infraestrutura econômica. Justificava-se a decisão pela necessidade de garantir à população mais pobre os serviços de saúde, educação e nutrição, considerados requisitos humanos essenciais para o aumento da produtividade”.

⁶¹ Em matéria publicada no sítio eletrônico da Empresa Brasil de Comunicação, gestora dos canais TV Brasil, TV Brasil Internacional, Agência Brasil, Radioagência Nacional e do sistema público de Rádio – composto por oito emissoras (LEAL, 2016). LEAL, A. OMS sugere aumento de impostos sobre refrigerantes para reduzir obesidade. Empresa Brasil de Comunicação (EBC). Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-10/oms-indica-impostos-sobre-refrigerantes-para-reduzir-obesidade-e-outras>>. Acesso em: 27 out. 2016.

diseases”, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), “as políticas fiscais⁶² que levam a um aumento de pelo menos 20% no preço de venda [...] [de bebidas açucaradas, como refrigerantes e sucos em caixa], resultaria em reduções proporcionais do consumo”. Ainda segundo Leal (2016), o estudo aponta que as

[...] pessoas que vivem com baixo rendimento, jovens e aqueles que consomem com frequência alimentos e bebidas pouco saudáveis são os que mais respondem às mudanças nos preços dos produtos e, por isso, podem obter os maiores benefícios na saúde (LEAL, 2016).

Diante disso, uma instigante reflexão vem à tona ao considerarmos a pesquisa realizada por Moraes et al (2015), que analisaram o perfil dos consumidores de produtos orgânicos⁶³ e evidenciaram a predominância de mulheres, com idade superior a 40 anos, casadas, com nível superior e renda entre 6 e 10 salários mínimos, concluindo que “embora haja bom conhecimento sobre os produtos orgânicos [...], estes ainda estão muito restritos a uma pequena parte da população” (MORAES et al., 2015, p. 01), haja vista, inclusive, os preços desses produtos. Tal perfil é semelhante ao descrito por Meireles et al (2016), em estudo que avaliou o perfil socioeconômico dos consumidores que valorizam produtos orgânicos em restaurantes, indicando que:

(a) as mulheres valorizam mais os produtos orgânicos do que os homens; (b) quanto maior a escolaridade dos indivíduos analisados, maior a valorização demonstrada por eles a respeito da temática; (c) os consumidores com renda superior a três salários mínimos valorizam mais os produtos orgânicos do que os de renda inferior a esse montante; no entanto, a partir de três salários mínimos, o percentual dessa valorização se mantém; e (d) os consumidores com mais de 40 anos de idade valorizam mais os produtos orgânicos do que os consumidores com menos idade (MEIRELES et al., 2016, p. 33).

Não é de se admirar que, em um país no qual menos de 10% da população atinge as recomendações de consumo de frutas, verduras e legumes (IBGE, 2011), o consumo de orgânicos esteja restrito a uma determinada parcela, demarcando

⁶² O México e o Chile, por exemplo, já apresentam políticas para o controle da obesidade. Como indicam Melo e Pinho (2017, p. 35), “o México criou, em 2014, um imposto especial de consumo, um peso (moeda corrente do país) por litro, em bebidas açucaradas, que, em dois anos, levou à redução de 8% nas vendas desses produtos. Já o Chile estabeleceu, nos rótulos frontais de alimentos e bebidas industrializados, um modelo de advertência que informa aos consumidores a presença de altos teores de açúcar, sódio, gordura saturada e calorias”.

⁶³ Considerados alimentos mais nutritivos, provenientes de sistemas de produção mais saudáveis e diferenciados (MEIRELES et al, 2016). Conforme Sousa et al. (2012, p.513), os alimentos orgânicos se destacam “por sua baixa toxicidade, maior durabilidade e teor de alguns nutrientes em alguns alimentos”.

características culturais e socioeconômicas não extensivas ao restante da população. O acesso a uma alimentação saudável não se coloca para a maioria da população, especialmente quando consideramos a desigualdade estrutural no país. Em relação ao público pesquisado, é importante problematizar, ainda, que para além do valor dos produtos orgânicos, geralmente elevado, as demandas cotidianas postas à reprodução da força de trabalho estimulam um consumo “rápido” dos alimentos, de modo que a qualidade do que é consumido e suas características nutricionais não constituem, de modo geral, uma preocupação central.

Sobre o cultivo de orgânicos, é importante destacar que a produção de alimentos sem agrotóxicos⁶⁴ exige do agricultor custos elevados relativos ao cultivo e que repercutem no valor final dos produtos. Como indica Souza (2003, p. 13), “os custos de certificação ainda são elevados”.

Ademais, vale salientar a existência de um debate com alcance mais amplo que sinaliza a articulação entre o mercado de agrotóxicos e o ramo dos medicamentos.

Com a unificação das indústrias químicas em grandes corporações transnacionais, o ramo dos produtos que geram doenças, notadamente os agrotóxicos, articulou-se comercialmente ao ramo dos produtos que curam, os medicamentos. Uma verdadeira integração de mercados dinâmicos, tão ao gosto do projeto neoliberal, onde quem ganha gerando a demanda ao mesmo tempo ganha impondo a oferta (PETERSEN, 2015, p. 32-33).

Decorrente do exposto, é válido ressaltar que o Brasil é considerado, mundialmente, o “maior consumidor de agrotóxicos [...]” (FACCHINI; SOUZA, 2015, p. 37). Como complementam Cassal et al (2014, p. 439),

Um terço dos alimentos consumidos cotidianamente pelos brasileiros está contaminado pelos agrotóxicos, segundo análise de amostras coletadas em todas as 26 Unidades Federadas do Brasil, realizadas pelo Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA) da ANVISA (2011).

O próprio labor na agricultura, como no exemplo dos agricultores da fumicultura, explicita, ainda, os males que o trabalho realizado sob tais condições acarreta para a degradação da saúde dos trabalhadores. Como bem ressalta Iamamoto (2001), na obra *Trabalho e Indivíduo Social*, a atividade laborativa

⁶⁴ Nas palavras de Petersen (2015, p. 28, grifos nossos), “designar os agrotóxicos como defensivos agrícolas é o artifício retórico mais elementar para dissimular a natureza nociva desses produtos. Por um lado, ele sugere que os agrotóxicos supostamente protegem os cultivos; por outro, oculta os efeitos deletérios desses produtos sobre a saúde humana e o meio ambiente”.

realizada sob condições precárias integra a estrutura do desenvolvimento da sociedade capitalista. Tal exploração dos trabalhadores se expressa, a exemplo do que vem sendo exposto até aqui, na degradação das suas condições de vida.

Sobre isso, é importante complementar, com Marx (2013), que a produção e distribuição dos meios de sobrevivência e, portanto, do que é consumido, ocorre no interior do desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção. Verifica-se, sobremaneira, que o debate em torno do consumo das substâncias consideradas como de “risco” à saúde muitas vezes não avança rumo a uma perspectiva mais ampla, no sentido de problematizar, por exemplo, o consumo de agrotóxicos no cotidiano, um consumo invisível aos olhos, mas que leva à degradação da saúde. Nesse sentido, a determinação social do processo saúde-doença visa superar a fragmentação da abordagem em Saúde⁶⁵, a exemplo da consideração do tabagismo e/ou etilismo como “fatores de risco” ou “estilos de vida”. Cabe ressaltar que tal associação está intimamente articulada tanto à produção quanto à reprodução social sob o capitalismo, que cria “necessidades” de consumo por parte da população, mas que, de fato, visa atender à acumulação e as próprias necessidades de reprodução do capital.

A fim de complementar o tema da determinação social do processo saúde-doença sob o capitalismo, no próximo tópico é apresentada a discussão sobre a questão do câncer como doença crônica não-transmissível e suas tendências no capitalismo recente, mais especificamente no contexto brasileiro.

⁶⁵ Desse modo, destaca-se que o CEBES publicou, em 2010, a obra “Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária” (NOGUEIRA, 2010), de forma a problematizar a determinação social da saúde e o seu histórico na epidemiologia social latino-americana. O contexto que antecedeu a obra também é de fundamental importância, uma vez que a OMS, em 2008, divulgou um informe fazendo referência aos “determinantes sociais das doenças”, em debate “desprovido do peso teórico e político que assumira nos anos 1970 e 1980” (NOGUEIRA, 2010, p.7); outro aspecto a ser considerado foi a realização, em março de 2010, de um Seminário em Salvador/BA que intensificou o debate e resultou na publicação a qual fazemos referência, organizada por Nogueira (2010).

1.3 A questão do câncer como doença crônica não-transmissível e suas tendências no capitalismo recente

Como ressalta Teixeira (2010, p.14), ao final da década de 1910 o controle do câncer passou por relevantes transformações na Europa e nos Estados Unidos, que dizem respeito "à intensificação da utilização da radioterapia"⁶⁶ como terapêutica específica para a doença". O autor acrescenta que o país passou a expandir o "raio de ação dos serviços de saúde da União e inserir, no escopo de suas atividades, programas direcionados às doenças endêmicas, até então negligenciadas"⁶⁷ (TEIXEIRA, 2010, p.16). Ademais, é relevante destacar que

O fio que ligava essas doenças ao câncer e as tornava especialmente preocupantes para a saúde pública, na reforma de 1919, era a crença no seu alto potencial de propagação. A tuberculose, por sua forte incidência nas áreas de aglomeração e pobreza, era o principal problema de saúde pública. A sífilis era sabidamente de transmissão sexual e acreditava-se que estava em franca expansão (TEIXEIRA, 2010, p.16).

As informações relativas à Europa e aos Estados Unidos possibilitaram que no ano de 1920 fossem incluídas "propostas para uma política anticâncer"⁶⁸ na legislação sanitária brasileira" e a consideração do câncer como "mal universal" constituiu "um dos desafios a serem enfrentados pela agenda republicana" (BRASIL, 2006, p. 12). Aliás, ao considerarmos o contexto brasileiro no início do século 20, temos, como indica Pereira (2010), a configuração de elementos que particularizaram questão social no país. As ações assistenciais, por exemplo,

⁶⁶ Terapia, como indica Teixeira (2010, p. 14) que "por algum tempo foi vista com reservas pelos médicos e utilizada em pequena escala, associada, principalmente, a problemas dermatológicos ou a ações paliativas de redução de tumores inoperáveis".

⁶⁷ Nesse sentido, é importante ressaltar que "no final da década de 1910 as principais preocupações da saúde pública se relacionavam ao campo das endemias rurais de maior incidência, como a malária e as verminoses. Em relação às doenças urbanas, as inquietações estavam direcionadas à tuberculose e à sífilis e, em menor medida, à lepra, males que no entender de muitos médicos eram a fonte da degeneração de nossa população e principais obstáculos ao desenvolvimento do país" (TEIXEIRA, 2010, p. 16).

⁶⁸ Como indicado em Brasil (2006, p. 14), "o projeto anticâncer ganharia caráter nacional em 23 de setembro de 1941, com a criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC), destinado a organizar, orientar e controlar a campanha de câncer em todo o país, como previa o Decreto-Lei nº 3.643. Ao SNC caberia a coordenação das ações em estados e municípios, além do incentivo à criação de organizações privadas que se estenderiam, com o passar dos anos, a todo o território, constituindo uma rede, ainda que não se adotasse este conceito".

encontravam-se, ainda, restritas à iniciativa privada, voltadas ao enfrentamento dos problemas que emergiram com o processo de modernização nacional e de urbanização tardia.

Mais adiante, a década de 1930 evidenciou um maior destaque para o câncer, expresso na inauguração das ligas pioneiras contra a doença, além da realização do "Primeiro Congresso de Câncer, em novembro de 1935, [que] seria o ponto alto desse processo [...] iniciativa da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro". (TEIXEIRA, 2010, p. 18). A ampliação das políticas voltadas ao combate ao câncer suscitou mudanças, de forma a possibilitar que, a partir de 1951,

ganhassem visibilidade entre a população, e em consequência, entre os legisladores, o que garantiria o suporte orçamentário adequado para a expansão da campanha anticâncer no Brasil e a conclusão do hospital-instituto central (INCA), sede do SNC, no Rio de Janeiro, inaugurado em agosto de 1957 por Juscelino Kubitschek e Ugo Pinheiro Guimarães (BRASIL, 2006, p.14).

Nas décadas posteriores, o Instituto de Câncer ampliou suas ações, ao criar "as seções de cirurgia do tórax, de cirurgia da cabeça e do pescoço, um laboratório de citologia vinculado à seção de anatomia patológica e o primeiro ambulatório de prevenção do câncer ginecológico" (MARCILLAC, 1968 apud TEIXEIRA, 2010, p. 24). Barreto acrescenta, afirmando que, na década de 1960,

surgiram alguns movimentos políticos que apontavam para o início de um processo objetivando estabelecer o conceito público de bem-estar social no País, mas o golpe militar de 1964, com a edição do Ato Institucional nº 5, no mesmo ano,⁶ interrompeu este projeto, culminando por favorecer a instalação e o crescimento das empresas privadas na área da saúde, sem o devido controle por parte das autoridades governamentais militares no poder, fato que contribuiu para a ocorrência de irregularidades na rede privada cujos hospitais e clínicas recebiam financiamento da Previdência Social e mantinham ênfase na medicina curativa (2005, p.269).

Passado o período ditatorial supracitado, no qual ganha força a rede privada de atenção à saúde, a Constituição Federal de 1988 trouxe significativas mudanças – tanto nos serviços e ações sanitárias quanto societárias –, de modo que a Oncologia adquiriu maior relevância pública e o INCA, por sua vez, passou a ser “entendido como agente diretivo na política nacional no controle de câncer no Brasil” (BRASIL, 2006, p.15).

De modo geral, ao apresentarmos brevemente os aspectos históricos relativos à Oncologia no Brasil e estabelecermos um paralelo com o período atual, podemos verificar a forte relação estabelecida, ao longo das décadas, entre as ações

oncológicas em âmbito nacional e o INCA, que, diferente de outras enfermidades, centralizou as ações de assistência, pesquisa e política de câncer no país, excetuando-se o estado de São Paulo.

No ano 2000, com o Decreto Presidencial nº 3.496, o INCA tornou-se "referência nacional para a prestação de serviços oncológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS" (BARRETO, 2005, p. 273), de forma a descentralizar os serviços prestados, permanecendo do mesmo modo na atualidade. Outra característica relevante a ser ressaltada, em complemento ao fato de o câncer ser considerado uma DCNT, foi a construção, pelo governo brasileiro, do *Plano de ações estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022*, sob a coordenação do Ministério da Saúde, no ano de 2011. A esse respeito, Alves e Moraes Neto (2015, p. 642) indicam que “o Plano tem como foco de ação os quatro principais grupos de doenças crônicas (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes)”, tendo em vista que as DCNT são as principais causas de morte no mundo, “correspondendo a 63% dos óbitos em 2008”.

Aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda e apenas 20% da população nesses países realiza o tratamento prescrito” (BRASIL, 2011, p. 11)⁶⁹. Esse plano visa atender a um aspecto importante e marcante relativo à Saúde no Brasil, que é a ausência de respostas adequadas às ocorrências indicadas por Mendes (2013): a acelerada transição epidemiológica e nutricional, como já exposto anteriormente; a tripla carga de doenças; e a prevalência das doenças crônicas. Diante desse contexto, constitui gravidade o fato de atenção à saúde ser realizada de forma fragmentada e pontual, tendo prioridade as condições consideradas agudas e o agravamento das condições crônicas, sendo frágeis as articulações entre os níveis de atenção à saúde⁷⁰. Isso corrobora o diagnóstico tardio, questão também essencial à abordagem do câncer como DCNT.

⁶⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2016.

⁷⁰ Uma importante problematização em torno dos níveis de atenção à Saúde (atenção básica, de média e alta complexidade), observada no atendimento aos pacientes do INCA, é o fato de que apesar de a atenção básica ser entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, sendo o contato mais recomendado aos usuários por possibilitar um diagnóstico precoce e empregar

Outra característica associada à consideração do câncer como DCNT, no capitalismo, é o caráter tecnológico de que vem se revestindo a atenção hospitalar, especialmente na alta complexidade. Ao considerarmos o campo empírico da presente tese – o hospital – podemos afirmar, como apontam Almeida e Bicudo (2010, p.180), que

Nas últimas décadas, empresas ligadas aos serviços de saúde expandiram seu raio de ação em vários países, o que se percebe em vários sub-ramos dessa atividade. Laboratórios farmacêuticos, produtores e fornecedores de equipamentos médicos, empresas ofertantes de planos de saúde, clínicas particulares, desfrutam mais favoráveis condições de expansão de suas ações, num ambiente cada vez mais dominado por agentes multinacionais.

Como já assinalou Harvey (2016, p. 11), “atualmente, as esperanças estão concentradas no capitalismo ‘baseado no conhecimento’ (em primeiro plano, a engenharia biomédica, a engenharia genética e a inteligência artificial)”. Revela-se, assim, a “contraditória [...] estrutura do sistema de saúde brasileiro nas suas várias formas de atenção e prestação de serviços” (SACRAMENTO; GENTILLI, 2016, p. 111), afinal

É sabido que os cidadãos de maior poder aquisitivo, embora possuam, na sua grande maioria, planos privados de saúde, têm muita dificuldade de obter destes a cobertura necessária no caso de câncer [...] pela complexidade da atenção, com utilização de tecnologia, muitas vezes, de alta densidade, e um alto grau de abordagem interdisciplinar (MENDES; VASCONCELLOS, 2015, p. 888).

Considerando que o INCA é uma unidade de saúde de Alta Complexidade, é importante destacar que o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1988; 1990a), apresenta avanços grandiosos no tocante às ações desenvolvidas no âmbito da Saúde Pública, acompanhadas por diversos desafios a superar. Dentre os desafios do SUS, destaca-se que, desde a sua formulação inicial, o sistema já admitia a complementaridade entre os sistemas público e privado, uma forte contradição em relação ao seu princípio de universalidade tendo, de fato, dentre os desafios para a Saúde Pública brasileira, três que assumem especial

tecnologia de baixa densidade (BRASIL, 2010a), verifica-se uma fragmentação na sua articulação com os níveis mais complexos, ou seja, os de média e alta complexidade, que envolvem maior densidade tecnológica e geralmente são empregados nos diagnósticos mais complexos, com a doença em estágio avançado. Tal fragmentação se expressa desde a falha na identificação do agravo à saúde até a dificuldade de referência e contra-referência entre os níveis de atenção, inviabilizando o acesso da população à atenção em Saúde.

destaque, como indicado por Mendes (2013, p.28): a "organização macroeconômica do sistema de saúde no Brasil, a organização microeconômica expressa no modelo de atenção à saúde que pratica e o financiamento".

Assim, cada vez mais, o SUS vem se constituindo como um “subsistema público de saúde” que convive com um "subsistema privado de saúde suplementar e um outro subsistema privado de desembolso direto" (MENDES, 2013, p.29). Ao discorrerem sobre a atualidade, Bravo e Matos (2006, p.15) sinalizam que "os dois projetos existentes na saúde, [...] ainda estão em disputa: o projeto da reforma sanitária x o projeto privatista". Assim, temos o que Oliveira e Teixeira (1985) sinalizaram como o locus privilegiado de implementação do projeto nacional-desenvolvimentista: o Ministério da Saúde.

Santos e Thomaz, no estudo intitulado *O hospital e sua centralidade no complexo industrial da saúde*, trazem importantes reflexões acerca dos objetivos do desenvolvimento tecnológico na medicina, afirmando que

O desenvolvimento de um novo paradigma na prática médica – a medicina tecnológica – e a institucionalização do chamado complexo industrial da saúde⁷¹ como norte para as decisões estratégicas do Estado e do capital privado apresentam estreita interação entre ciência, técnica e informação atribuindo o caráter de mercadoria à saúde e tornando-a um campo de acumulação de capital, sendo a operacionalização dos conceitos de circuito espacial produtivo e círculos de cooperação no espaço importantes para compreender a espacialidade desse novo paradigma. Reforçamos como um elemento importante para a atual medicina, elo entre a produção industrial e científica promovida pelo complexo industrial da saúde e o atendimento à população, o hospital – instituição participante da dinâmica da economia urbana (DAVID, 2010) e centrado na configuração dos circuitos espaciais produtivos da saúde e na acumulação ampliada de capitais, concentrando poder econômico e legitimando certa forma de cuidados médicos (2016, p. 169).

Na medida em que, de uma forma geral, a tendência do capitalismo é a de transformar tudo, inclusive a saúde, em mercadoria, "está aberto o campo para o 'complexo-médico-industrial' e para a mais ampla possível mercantilização da medicina" (BARROS, 2002, p.77), o que corrobora, num país periférico como o Brasil, as barreiras à universalidade do acesso aos serviços médico-assistenciais e a toda uma gama de serviços ofertados aos pagantes.

⁷¹ Esse complexo pode ser delimitado “a partir de um conjunto selecionado de atividades produtivas que mantêm relações intersetoriais de compra e venda de bens e serviços [...] e/ou conhecimentos e tecnologias”, em um “contexto político e institucional bastante particular dado pelas especificidades da área da saúde” (GADELHA, 2003, p. 523).

Conforme Santos e Thomaz (2016), o economista Carlos Augusto Grabois Gadelha difundiu o conceito de “complexo industrial da saúde”, exposto em diferentes trabalhos que exaltam os méritos do desenvolvimento tecnológico na saúde⁷². Em um de seus artigos, *A relação entre saúde e desenvolvimento: um novo olhar para as políticas públicas*, escrito com profissionais da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), e da Universidade Federal do Rio de Janeiro(UFRJ), destaca que “dadas as características da contemporânea sociedade do conhecimento, a saúde guarda intrínseca relação com a competitividade nacional” (GADELHA et al., 2012, p. 06). Em outro artigo, que enfatiza os “benefícios” da relação desenvolvimento-saúde, o autor considera que o “complexo industrial da saúde, nesta perspectiva, se mostra útil, ao se relacionar justamente à necessidade de articulação da lógica sanitária com a lógica econômica do desenvolvimento na área da saúde” (GADELHA, 2006, p. 21). Assim, como destaca David (2010), configura-se uma face perversa, pois, para que a saúde atenda às necessidades do mercado, é preciso criar constantemente necessidades, medos e novas dúvidas.

Desse modo, podemos dizer que o conceito de desenvolvimento não apenas perpassa, como também é o sustentáculo da chamada medicina tecnológica, subsidiando o contexto hospitalar: como vimos, indica um paradigma baseado na “interdependência e na cooperação, com o largo emprego de medicamentos e de instrumentos diagnósticos [...], determinando a prática médica e a noção de saúde como bens de consumo condicionados ao poder de compra [...]”. (SANTOS; THOMAZ, 2016, p 172).

Azevedo et al (2016) assinalam a existência de elementos que evidenciam a opção desnecessária por procedimentos mais invasivos, tendo como objetivo o lucro por parte dos responsáveis pela tomada de decisões. Como apontam os autores, há um encarecimento dos serviços de saúde, atrelado à ineficiência dos procedimentos realizados, de modo que

⁷² Gadelha, antes ocupante do cargo de secretário geral da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), do Ministério da Saúde, assumiu “a Secretaria de Desenvolvimento da Produção, do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (MDIC)”. (SANTOS; THOMAZ, 2016, p.175).

Os beneficiários possuem informações sobre suas condições gerais de saúde, mas apenas os médicos e profissionais da área estão em condições de avaliar e prescrever precisamente os possíveis exames e tratamentos necessários. Neste contexto, as operadoras têm dificuldades para obter informação sobre efetiva possibilidade de um determinado beneficiário adoecer, ou mesmo avaliar se os procedimentos demandados pelos pacientes e/ou prescritos pelos médicos são efetivamente necessários. Há que se considerar ainda que, na relação entre operadora e consumidor, este último não tem condições, nem capacidade técnica de compreender todos os dispositivos do contrato e de estimar ou avaliar se os produtos disponíveis compreendem as suas necessidades atuais e futuras em termos de assistência à saúde (AZEVEDO et al., 2016)⁷³.

A Oncologia, nesse sentido, é um mercado “promissor” e altamente rentável às indústrias e hospitais. No setor privado, informações da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) disponibilizadas pelo Hospital Santa Paula “mostram que foram realizadas 917.551 consultas com médicos oncologistas em 2011, e esse número saltou para 983.948 mil em 2012”. Sobre as internações no setor privado, estas “foram as que mais cresceram no período entre 2011 e 2012, registrando salto de 5,8% de um ano para o outro”(HOSPITAL SANTA PAULA, 2015)⁷⁴.

Outro importante aspecto a ser considerado é que o envelhecimento populacional sugere o aumento dos casos de câncer para os próximos anos. Cada vez mais, verifica-se o desenvolvimento de novas tecnologias para atender a grande demanda por cirurgias, a exemplo da robótica. Ressalta-se, nesse sentido, que o INCA foi pioneiro no Brasil, na alta complexidade, ao introduzir a cirurgia robótica com o robô *Da Vinci*⁷⁵, “equipamento adquirido em dezembro de 2011, com custo estimado de US\$ 2,6 milhões” (GANDRA, 2015)⁷⁶. Sobre as cirurgias de alto custo, é

⁷³ AZEVEDO, P. F. et al. A cadeia de saúde suplementar no Brasil: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas. Centro de Estudos em Negócios do Insper, White Paper, n. 1, São Paulo, maio 2016. Disponível em: <<https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2016/09/estudo-cadeia-de-saude-suplementar-Brasil.pdf>>. Acesso em 13 mar 2017.

⁷⁴ HOSPITAL SANTA PAULA. Uma evolução preocupante. Notícias, 06 jan. 2015. Disponível em: <<http://www.santapaula.com.br/noticias/uma-evolucao-preocupante/276>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

⁷⁵ O robô Da Vinci “é formado por três estruturas separadas: o robô propriamente dito, dotado de quatro braços (três para pinças cirúrgicas e um para a câmera); um console (por meio do qual o cirurgião dá os comandos para cada uma das pinças) e um monitor de imagem em três dimensões” (REDE CÂNCER, 2012b, p. 11).

⁷⁶ GANDRA, A. Inca completa 500 cirurgias de câncer com uso de robô desde 2012. Empresa Brasil de Comunicação (EBC), Geral, 21 set. 2015. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-09/inca-comemora-500-cirurgias-com-uso-de-robotica-desde-2012>>. Acesso em: 11 out. 2016.

importante destacar que são extremamente importantes no que se compreende, como dito anteriormente, como complexo industrial da saúde, que se retroalimenta com a gravidade do quadro clínico e, no caso da Oncologia, do estadiamento avançado da doença.

Ao considerar os gastos efetuados pelo INCA, Moraes et al. (2009) indicam que a aquisição de medicamentos⁷⁷ pela Instituição nos anos 2006, 2007 e 2008 apresentou custo total de, respectivamente, R\$ 35.370.235,72, R\$ 42.028.482,87, R\$ 56.572.228,75. A esse respeito, Mendes (2014, p.1184) discorre sobre os "intensos conflitos por recursos financeiros para assegurar uma política pública universal da saúde [...], marcado pelo problema do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) que se alonga desde sua criação, pela Constituição de 1988 [...]". Como destaca Silva, L.B. (2010, p. 176),

Tal contexto deixa evidente a disputa existente no SUS e no interior do próprio Estado brasileiro, a tensão entre os interesses dos trabalhadores (o público realizado pela esfera estatal) e os interesses do capital (dentro outros, a mercantilização dos serviços públicos).

Portanto, a problematização em torno dos interesses do capital na prestação de diversos serviços na Saúde, especialmente na alta complexidade, é essencial quando consideramos que o câncer, devido à sua complexidade, exige dos pacientes uma dupla preocupação: a manutenção/recuperação da saúde, bem como a continuidade do tratamento oncológico diante do afastamento do trabalho e da diminuição/ausência da renda, impactando em suas condições e modo de vida. Assim, a reflexão evidenciada no presente tópico se expressa no fato de a área da Saúde, enquanto política pública, se encontrar atravessada pela lógica mercantil, a despeito dos grandes avanços trazidos pelo SUS.

⁷⁷ Conforme a Carta de serviços ao cidadão do INCA, "o paciente tem direito a: [...] medicamentos que serão administrados" INCA (2013b, p. 27), ou seja, os usuários obtêm a receita e a medicação no próprio instituto. Não foram encontradas informações sobre os gastos relativos aos anos posteriores.

2 OS USUÁRIOS DO INCA COMO TRABALHADORES: O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA ENTRE EXPOSIÇÃO E ASSISTÊNCIA

O medo ameaça.
Se você ama, terá Aids
Se fuma, terá câncer
Se respira, terá contaminação;
Se bebe, terá acidentes
Se come, terá colesterol
Se fala, terá desemprego;
Se caminha, terá violência;
Se pensa, terá angústia
Se duvida, terá loucura
Se sente, terá solidão.
Eduardo Galeano

A abordagem realizada neste capítulo privilegia o sujeito da pesquisa como trabalhador. Tanto no trabalho quanto no modo e condições de vida, os sujeitos se encontram expostos a agentes diversos que contribuem para a degradação da saúde. Contudo, uma vez adoecidos, como ocorre a assistência à saúde destes trabalhadores na alta complexidade? Qual o impacto do diagnóstico no tratamento? Analisa-se, nesse sentido, a demanda, os aspectos gerais do câncer de laringe e da Laringectomia total, o acesso ao tratamento oncológico no SUS, bem como os entraves à sua continuidade, problematizando, ainda, a intensa culpabilização a que é submetido o paciente no que tange ao consumo de substâncias consideradas “de risco” à saúde, a exemplo do tabaco e do álcool.

2.1 O adoecimento por câncer na periferia capitalista: os sujeitos da pesquisa

O INCA é considerado o órgão auxiliar do Ministério da Saúde no que tange à “coordenação das ações de controle e prevenção do câncer no Brasil”. Além da assistência médico-hospitalar gratuita nos casos de câncer, o Instituto atua em áreas consideradas estratégicas, a exemplo da detecção precoce e, também, da prevenção. Apresenta, ainda, o compromisso com a formação de profissionais especializados, atuando na Assistência, no Ensino e na Pesquisa. (INCA, 2016).

A Clínica de Cabeça e Pescoço (CP) está situada no Hospital do Câncer I (HC I)⁷⁸. Nessa unidade do INCA concentra-se o maior número de especialidades, dispondo de 188 leitos (incluindo 10 leitos de CTI) distribuídos em 11 andares. No que tange ao espaço físico, a Clínica de Cabeça e Pescoço do HC I é composta pelo ambulatório, localizado no térreo do prédio principal (Praça da Cruz Vermelha), e pelo ambulatório de curativos de enfermagem.

O atendimento médico⁷⁹ destinado ao paciente é realizado por médicos *staffs* (do quadro permanente) e residentes, esses últimos tendo uma permanência obrigatória de dois anos na clínica Cabeça e Pescoço (INCA, 2016). O atendimento ambulatorial também conta com técnicos de enfermagem, além de outros profissionais que integram a equipe, como assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas e fisioterapeutas. No que se refere ao Serviço Social, o atendimento ambulatorial é realizado pelo assistente social através de agendamento ou por demanda espontânea, de modo a identificar, o mais breve possível, as questões que possam interferir na continuidade do tratamento, realizando as orientações e encaminhamentos necessários.

A Enfermaria de Cabeça e Pescoço possui 31 leitos para internação e a equipe de referência dessa especialidade clínica é composta por 13 enfermeiros, 22 técnicos de enfermagem, 01 nutricionista, 01 psicólogo, 02 assistentes sociais, 01 fonoaudiólogo e 01 fisioterapeuta. As duas assistentes sociais que atuam na CP revezam no atendimento ambulatorial e na enfermaria, estabelecendo uma relação ambulatório-enfermaria em articulação com outros serviços da unidade. Tal organização possibilitou maior flexibilidade da intervenção em relação ao atendimento, considerando as determinações presentes no trabalho em saúde e que requerem uma atuação conjunta entre as redes que compõem a estrutura institucional.

⁷⁸ O INCA possui cinco unidades hospitalares no município do Rio de Janeiro: o Hospital do Câncer I; o Hospital do Câncer II; o Hospital do Câncer III; o Hospital do Câncer IV; e o Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO) (INCA, 2016). INCA. Sobre o instituto. 2016. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/sobreinca/site/oinstituto>>. Acesso em: 19 out. 2016.

⁷⁹ De acordo com Santos (2014, p. 11), “são atendidos cerca de 600 pacientes por semana, 45 pessoas são matriculadas e acompanhadas, são realizadas cerca de 20 cirurgias de grande e pequeno porte no centro cirúrgico por semana e 40 biópsias em sala de pequena cirurgia por mês”.

É válido ressaltar, conforme Campos e Domitti (2007, p. 401), que a integração da equipe de referência “pressupõe tomá-la como um espaço coletivo, que discute casos clínicos, sanitários ou de gestão, e participa da vida da organização”. Na mesma direção, Oliveira e Chaves sinalizam que,

Diante desse cenário, o usuário demanda uma intervenção profissional que leve em consideração os mais diferentes aspectos da vida desse paciente, seus hábitos, rotinas, vínculos familiares e afetivos, local de moradia, facilidade de acesso ao Instituto, entre outros, o que exige uma intervenção multiprofissional e, mais do que isso, interdisciplinar. Para tanto, é necessário que exista uma integração entre os membros da equipe que irão atuar junto ao paciente – médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e outros que estejam vinculados ao caso – a fim de garantir a troca de informações, a elaboração do plano de cuidado, visando sobretudo à garantia da continuidade do tratamento, atendendo ao paciente nas suas demandas clínicas, físicas, psicológicas e sociais. Importante ressaltar, quanto ao acompanhamento ao paciente por profissionais de diversas categorias, que a própria Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer dispõe, em seu art. 14, inciso 2º, sobre a garantia de ‘atendimento multiprofissional a todos os usuários com câncer, com oferta de cuidado compatível a cada nível de atenção e evolução da doença’ (OLIVEIRA; CHAVES, 2014, p. 151).

No artigo *Interdisciplinaridade e integralidade: a abordagem do assistente social e do enfermeiro no INCA*⁸⁰, (ALCANTARA et al., 2014), foram expressas, em uma abordagem inicial, as reflexões decorrentes das preocupações oriundas do atendimento aos pacientes com câncer de laringe no Ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, do HC I/INCA, que motivaram a presente pesquisa. O objetivo era analisar as ações de atendimento realizadas pelo assistente social e o enfermeiro no que tange à assistência à saúde e aos direitos sociais, previdenciários e trabalhistas.

Observou-se, com o estudo (ALCANTARA et al., 2014), que os portadores de câncer de laringe, com o decorrer do tratamento, geralmente apresentam dificuldade ou impossibilidade de comunicar-se verbalmente. Ademais, destacou-se, ainda, a ocorrência de significativas alterações na imagem corporal, que impedem a sua manutenção/retorno ao mercado de trabalho.

⁸⁰ Publicado pela pesquisadora em conjunto com outros profissionais da área da Saúde na Revista Brasileira de Cancerologia (RBC). Estudo seccional, aprovado pelo parecer consubstanciado nº 314.937 do Comitê de Ética em Pesquisa do INCA (projeto CAAE nº 17952413.4.0000.5274 na Plataforma Brasil), realizado por meio da análise de dados secundários dos prontuários de portadores de câncer de laringe, matriculados no ambulatório da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do INCA no período de março de 2012 a maio de 2013. Foram problematizadas no artigo as ações de assistentes sociais e enfermeiros voltadas aos pacientes com câncer de laringe (ALCANTARA et al, 2014).

Como resultados da pesquisa de Alcantara et al (2014), no que se refere à condição socioeconômica dos pacientes⁸¹ portadores de câncer de laringe, verificou-se que a maior parte deles se encontrava em atividade laborativa (n=48; 31,4%) e eram contribuintes individuais da Previdência Social (n=45; 29,4%). Sobre a "ocupação, apesar de 54 prontuários (35,3%) não terem essa informação registrada, prevaleceram as profissões de pedreiro (n=29; 19%) e auxiliar de serviços gerais (n=25; 16,3%)" (ALCANTARA et al., 2014, p.113). Pouco mais da metade contava com renda familiar participativa (n=85; 55,6%), cujos valores superavam um salário mínimo, chegando até dois salários mínimos (n=46; 31,5%). No que tange à "orientação previdenciária, observou-se entre os portadores de câncer de laringe que a maioria informou ter recebido esse tipo de orientação (n=99; 64,3%) e deu prosseguimento a ela (n=100; 65,4%)" (ALCANTARA et al., 2014, p.113).

Sobre a orientação previdenciária, é relevante considerar que o tratamento, por limitar a atividade laborativa, vem impactar, sobremaneira, o trabalhador não abrangido pela Previdência Social ou outras formas de proteção social. Nesse sentido, a *Busca Ativa*⁸² era realizada nos ambulatórios das Clínicas de Cabeça e Pescoço e Abdômen, devido ao grande número de pacientes matriculados e à dimensão das questões apresentadas, sendo recorrentes as demandas por proteção social, essencial ao tratamento e seus prognósticos, tanto para os pacientes quanto para suas famílias. Afinal, trata-se da condição de sobrevivência dos trabalhadores e familiares, isto é, de reprodução da força de trabalho.

No estudo de Alcantara et al. (2014), verificou-se que, dos 153 pacientes pesquisados, 31 deles não haviam passado pelo Serviço Social, e que de um total

⁸¹ No período escolhido para o estudo, foram matriculados no ambulatório da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço 153 pacientes, que integraram a pesquisa, com tumores de laringe. Dos 153 pacientes avaliados, 122 deles foram atendidos no setor de Serviço Social.

⁸² Participar dessa pesquisa trouxe muitas reflexões à autora, dentre elas, sobre a forma como a equipe de Serviço Social se organizava para realizar os atendimentos. O levantamento dos dados da pesquisa coincidiu com a interrupção da atividade que intitulávamos Busca Ativa, cuja proposta era a de realizarmos a orientação sobre os direitos sociais o mais cedo possível, para que fossem identificadas expressões da questão social que viessem a repercutir na continuidade do tratamento. É importante, ainda, enfatizar, que, para o propósito do referido estudo, considerou-se como prosseguimento da orientação previdenciária pelo Serviço Social os atendimentos subsequentes registrados em prontuário que identificaram a sua continuidade.

de 122 prontuários analisados, em 54 deles não foi especificado o tipo de ocupação do usuário, de forma que outras importantes questões vieram à tona. Do ponto de vista da intervenção, como profissionais que têm a possibilidade de fazer uma abordagem inicial com pacientes e familiares utilizando como um instrumento de trabalho a entrevista social⁸³, precisávamos nos reorganizar de modo a atender os usuários o mais próximo possível à data de sua chegada à instituição, tendo como objetivo orientá-los quanto às políticas sociais públicas e atender as demandas que se expressam como obstáculo e/ou impedimento ao acesso e manutenção do tratamento oncológico⁸⁴.

Nesse sentido, do atendimento realizado pelo assistente social na área oncológica, convém destacar o que Iamamoto (2013, p. 336) vai denominar “patrimônio intelectual e político”, construído pelo Serviço Social brasileiro e que condiz com o esforço analítico empreendido na elaboração desta tese, evidenciando que

A pauta temática da pesquisa indica uma profissão com profunda vocação histórica e uma inquietante agenda de debates, o que denota a fecunda interlocução do Serviço Social com o movimento da sociedade. Hoje o Serviço Social é reconhecido como área de conhecimento junto às agências públicas oficiais de fomento à pesquisa e inovação tecnológica, uma conquista absolutamente inédita no contexto latino-americano (2013, p. 336).

É importante ressaltar, nesse sentido, que partimos da compreensão de que o “exercício profissional do assistente social não se reduz a ação exclusiva sobre as questões subjetivas vividas pelo usuário” (BRAVO; MATOS, 2006 p. 17), o que fragmenta a ação do assistente social na saúde. Compreende-se, de fato, que cabe ao assistente social “formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária” (BRAVO; MATOS, 2006, p. 17).

⁸³ Compreendendo a entrevista em Serviço Social como um instrumento potencializador do espaço de troca e construção de conhecimento mútuo, em que, pelo uso da linguagem e da relação que estabelecem assistente social e usuário, manifesta-se a possibilidade de troca de informações, realizar reflexão e intervenção sobre a realidade, rumo a uma transformação (LEWGOY; SILVEIRA, 2007).

⁸⁴ Tal preocupação, que foi intensificada durante as reuniões de serviço ao longo dos três anos posteriores à realização da pesquisa, se encontra expressa hoje no Projeto de Intervenção do Serviço Social do HC I. Esse movimento da equipe possibilitou uma melhoria no atendimento assistencial, bem como da qualidade das informações a serem coletadas nos prontuários, trazendo ganhos para a pesquisa na Instituição, que se expressam no presente estudo.

Desse modo, privilegia-se nesta pesquisa a análise dos dados para além do que a “execução terminal da política social” (NETTO, 1990) possibilitaria vislumbrar. Visualizando a Tabela 1, apresentada em sequência, podemos observar um primeiro aspecto significativo⁸⁵ dos pacientes submetidos à LT: dos 38 prontuários analisados, 35 eram de usuários do sexo masculino. Tal aspecto vai ao encontro de múltiplos estudos que atribuem maior predominância do sexo masculino em relação à realização desse procedimento cirúrgico.

Sobre a faixa etária, foi observado um grande número de idosos (pessoas com idade igual ou acima de 60 anos) entre os pacientes investigados (n= 26; 68,42%), contrastando com um número reduzido na faixa de 18 a 45 anos (n= 2; 5,26%), havendo na faixa entre 46 a 59 anos um total de 10 pacientes (26,31%), resultado próximo ao encontrado em outras pesquisas, como, por exemplo:

A média de idade para o grupo estudado é de 60 anos, com desvio padrão de 6,8 anos. Em relação ao gênero, 87% dos sujeitos são do sexo masculino. Essas características correspondem às apresentadas por Gamba et al, para os pacientes com câncer de laringe, com desfiguramento extensivo (HANNICKEL et al., 2002, p. 336).

Convém destacar que a idade avançada dos trabalhadores é um elemento de fundamental importância para a presente pesquisa, uma vez que revela a longa trajetória dos sujeitos, marcada por suas condições subjetivas e objetivas de vida, “sua inserção na sociedade, sua vinculação ao mundo do trabalho, suas escolhas, sua rede de relações, enfim sua biografia” (MIGUEL et al., 2016, p. 279).

Tabela 1 – Distribuição de pacientes submetidos à LT, segundo características sociodemográficas: INCA/HC I, março de 2014 a maio de 2015

Características	N	%
Sexo		
Masculino	35	92,11
Feminino	3	7,89
Total	38	100
Faixa etária		
18 a 45 anos	2	5,26
46 a 59 anos	10	26,31
60 anos ou mais	26	68,42

⁸⁵ Ao abordarmos as características do câncer de laringe e da LT, são evidenciados os aspectos mais significativos e reconhecidos pela literatura médica como predominantes em relação ao público analisado, sendo a prevalência do sexo masculino um deles.

Total	38	100
Estado civil	N	%
Solteiro(a)	4	10,53
Casado (a)	12	31,58
Separado (a)	9	23,68
Viúvo (a)	2	5,26
Divorciado (a)	4	10,53
União consensual	6	15,78
Não informado	1	2,63
Total	38	100
Naturalidade	N	%
Rio de Janeiro	30	78,95
Espírito Santo	4	10,53
Maranhão	1	2,63
Bahia	1	2,63
Pernambuco	2	5,26
Total	38	100
Escolaridade	N	%
Analfabeto	2	5,26
Ensino Fundamental completo	10	26,31
Ensino Fundamental incompleto	18	47,37
Ensino Médio completo	6	15,78
Ensino Médio incompleto	1	2,63
Ensino Superior incompleto	1	2,63
Total	38	100

Fonte: INCA/HC I, março de 2014 a maio de 2015.

Um outro aspecto relevante, relativo à forma de registro das informações sobre os usuários, é que a identificação da cor/etnia presente nos prontuários, ratifica a discussão de Bento (2008) sobre a classificação racial nos cadastros públicos: a de que não houve uma melhoria na informação constantes sobre a cor nos cadastros. Embora seja uma atividade realizada há muitos anos, ela ocorre, ainda, de forma desorganizada, sem um parâmetro específico. No caso dos pacientes atendidos no INCA, o lançamento dessa informação é realizado por recepcionistas, que não contam, na instituição, com uma capacitação específica para tal. Lopes (2007), nesse sentido, recomenda que a abordagem em torno da cor do usuário seja acompanhada de uma capacitação dos profissionais, que pode ocorrer a partir de materiais informativos específicos e da mobilização societária. Assim,

cumprir informar que, dadas as limitações apontadas, no estudo foram identificados 25 pacientes brancos e 13 pacientes negros, não havendo referência a outras etnias.

Os números relativos ao estado civil, por sua vez, indicam uma proximidade quantitativa entre os casados (n=12; 31,58%) e os separados (n=9; 23,68%), o que difere do resultado encontrado no estudo já citado anteriormente (ALCANTARA et al., 2014), em que foram encontrados 87 pacientes casados ou em união consensual (56,86%) e 31 usuários solteiros (20,26%). Tal diferenciação pode estar relacionada à forma de coleta dos dados relativos ao estado civil. Na pesquisa⁸⁶ foram priorizadas as particularidades de cada modalidade de união, quais sejam: solteiro(a), casado(a), separado(a), viúvo(a), divorciado(a), união consensual e não informado, de forma que encontramos: união consensual (n=6; 15,78%), divorciados e solteiros (ambos com n=4; 10,53%), viúvos (n=2; 5,26%) e um paciente cujo estado civil não foi identificado.

Os números relativos ao estado civil, por sua vez, indicam uma proximidade quantitativa entre os casados (n=12; 31,58%) e os separados (n=9; 23,68%), o que difere do resultado encontrado no estudo já citado anteriormente (ALCANTARA et al., 2014), em que foram encontrados 87 pacientes casados ou em união consensual (56,86%) e 31 usuários solteiros (20,26%). Tal diferenciação pode estar relacionada à forma de coleta dos dados relativos ao estado civil. Na pesquisa⁸⁷ foram priorizadas as particularidades de cada modalidade de união, quais sejam: solteiro(a), casado(a), separado(a), viúvo(a), divorciado(a), união consensual e não informado, de forma que encontramos: união consensual (n=6; 15,78%), divorciados e solteiros (ambos com n=4; 10,53%), viúvos (n=2; 5,26%) e um paciente cujo estado civil não foi identificado.

⁸⁶ Tendo em vista o objetivo da tese, considerou-se fundamental estabelecer a diferenciação entre os pacientes casados e os que apresentam união consensual (que se caracteriza quando há uma relação estável sem contrato), uma vez que a legislação estabelece diferenciações que se expressam no acesso ou não aos direitos decorrentes da formalização da união civil, questão importante do ponto de vista da (des)proteção social, como objeto de pesquisa.

⁸⁷ Tendo em vista o objetivo da tese, considerou-se fundamental estabelecer a diferenciação entre os pacientes casados e os que apresentam união consensual (que se caracteriza quando há uma relação estável sem contrato), uma vez que a legislação estabelece diferenciações que se expressam no acesso ou não aos direitos decorrentes da formalização da união civil, questão importante do ponto de vista da (des)proteção social, como objeto de pesquisa.

Quanto à naturalidade, a maior parte (n=30; 78,95%) dos pacientes que integra o grupo de pesquisa nasceu no Rio de Janeiro, seguida pelos usuários naturais do Espírito Santo (n=4; 10,53%) e os demais distribuídos entre outros três estados do país: Maranhão e Bahia (ambos com n=1; 2,63%) e Pernambuco (n=2, 5,26%). Um dado relevante é que todos informaram residir no Rio de Janeiro há alguns anos, ou seja, antes do diagnóstico, o que não implicou gastos em relação ao deslocamento do estado de origem para a realização do tratamento.

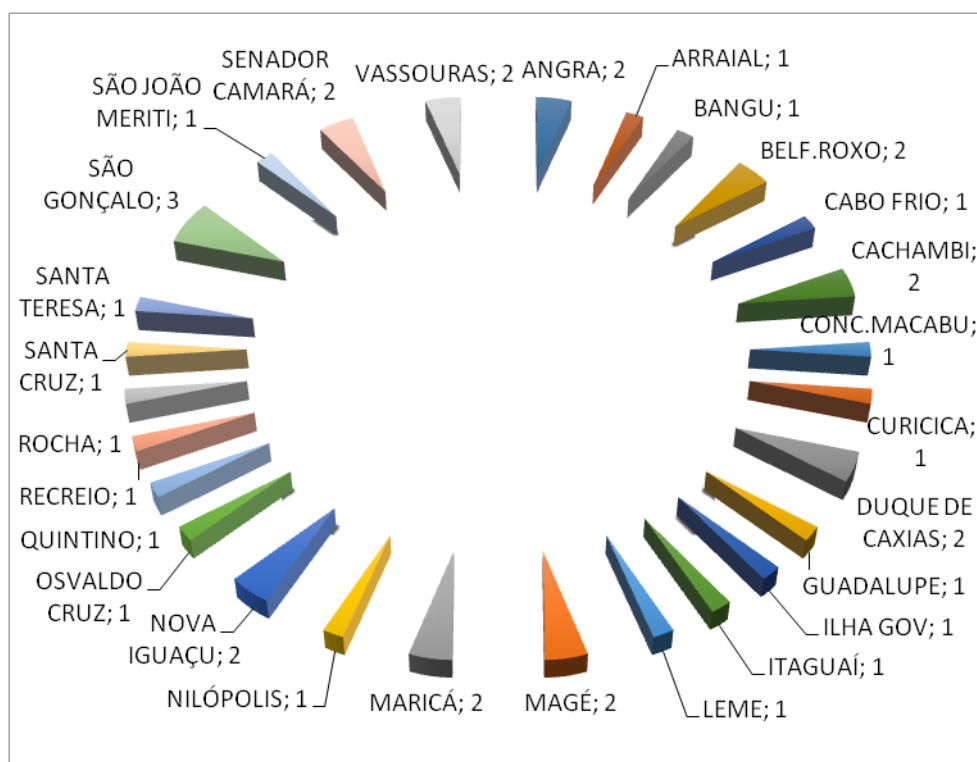
Por sua vez, quanto à escolaridade, foi identificado que a maior parcela, relativa ao grupo pesquisado, é de usuários com Ensino Fundamental incompleto (n=18; 47,37%), seguida por aqueles com Ensino Fundamental completo (n= 10; 26,31%). Demais escolaridades identificadas: analfabeto (n=2; 5,26%); Ensino Médio completo (n=6; 15,78%); Ensino Médio incompleto e Ensino Superior incompleto, todos com n=1 (2,63%). Também aqui os resultados vão ao encontro de outras pesquisas similares sobre câncer de laringe (FREITAS, 2012; ALCANTARA et al., 2014), com destaque à de Hannickel et al (2002, p. 337), segundo a qual “oitenta por cento (80%) dos pacientes têm formação educacional fundamental, sendo incompleta em 53% deles”. No Gráfico 1, apresentado em sequência, podemos observar que o INCA atende pacientes dos mais variados bairros e municípios do Rio de Janeiro⁸⁸, estando relacionados, entre aqueles mais distantes, Angra dos Reis, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Vassouras, Magé, Conceição de Macabu e Itaguaí, municípios esses contando com recursos do Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

Este programa fornece auxílio a pacientes atendidos pela rede pública ou conveniados/contratados pelo SUS, provenientes de outro município/estado, desde que esgotadas todas as formas de tratamento de saúde na localidade em que o paciente residir (BRASIL, 1999)⁸⁹.

⁸⁸ Os dados integram, inclusive, aqueles naturais de outros estados da Federação, considerando o local de moradia, quando do tratamento no INCA/HC I.

⁸⁹ Tendo em vista os artigos 197 e 198 da Constituição Federal de 1988, o Programa Tratamento Fora de Domicílio (TFD) é disciplinado pela Portaria Federal nº 55, de 24 de fevereiro de 1999 da Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde. BRASIL. Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 25 fev.1999. Disponível em: <http://arquivos.sbn.org.br/leigos/pdf/Tratamento_fora_do_domicilio.pdf>. Acesso em: 15 out. 2016.

Gráfico 1 – Distribuição de pacientes submetidos à LT, segundo local de moradia: INCA/ HC I, março de 2014 a maio de 2015



Fonte: INCA/HC I, março de 2014 a maio de 2015.

Entre os recursos, há municípios que reembolsam a hospedagem do paciente, disponibilizam transporte e alimentação durante o tratamento. Os pacientes residentes no município do Rio de Janeiro, infelizmente, não contam com os mesmos recursos, o que demonstra uma atenção à saúde deficitária ao desconsiderar as barreiras de acesso enfrentadas por aqueles que, mesmo residindo no município, apresentam sérias dificuldades relacionadas à distância entre o local de moradia e o hospital, ao meio de transporte e ao trânsito do Rio de Janeiro, chegando atrasados às consultas (quando conseguem chegar) e permanecendo, muitas vezes, sem alimentação no Instituto por várias horas, aguardando a consulta ambulatorial. Grabois (2011, p. 25) complementa, afirmando a esse respeito, que

A acessibilidade geográfica é um dos componentes do acesso, que relaciona à localização da oferta e a localização dos usuários, levando em consideração os meios de transporte utilizados por estes, o tempo, a distância e os custos envolvidos no deslocamento. O nível de renda das pessoas condiciona a frequência de uso do serviço de saúde, dependendo da distância a ser percorrida. A distância representa uma barreira que tem impacto diferenciado nos diversos níveis de complexidade dos serviços, deste

modo, os deslocamentos em busca de serviços especializados serão mais extensos para aqueles que demandam serviços com maior nível de complexidade.

Diante do exposto, os resultados iniciais da pesquisa apontam para a predominância das seguintes características do público em questão: pacientes do sexo masculino, idosos, casados, brancos e com nível fundamental incompleto, provenientes de variados bairros e municípios do Rio de Janeiro. Tais dados são consoantes com resultados encontrados em outros estudos, conforme apontamos, sobre laringectomizados (HANNICKEL et al., 2002; ALCANTARA, et al., 2014; FREITAS, 2012). Dado o significativo número de idosos da pesquisa, é importante salientar, como ressaltam Miguel et al (2016, p. 265), que os serviços especializados em Saúde do Idoso não apresentaram, ainda, “avanços representativos, pois muitos serviços previstos não foram sequer implementados”. Evidencia-se, desse modo, que a espoliação desses sujeitos se manifesta desde a esfera produtiva até a dificuldade de acesso à Saúde e aos benefícios disponibilizados pelas políticas de Previdência e Assistência Social.

No próximo tópico, abordamos a exposição dos trabalhadores, no trabalho e no consumo do tabaco e do álcool, enquanto aspectos fundamentais que reforçam a relevância do conceito de determinação social do processo saúde-doença para compreendermos a degradação da saúde dos trabalhadores.

2.2 A exposição dos trabalhadores no trabalho

Um relevante aspecto concernente à categoria trabalho é o fato de que o trabalhador, considerado enquanto força de trabalho, encontra-se subordinado aos interesses do empregador. Dito de outro modo, como indica Marx (2013), o trabalhador é a força de trabalho em ação, num intercâmbio direto entre o homem e a natureza. Ao vender sua força de trabalho, no entanto, “é imensa a distância histórica que medeia entre sua condição e a do homem primitivo com sua forma ainda instintiva de trabalho” (MARX, 2013, p. 211).

E, de fato, quando se observa o trabalho, sob o capitalismo, se verifica que sob esta determinação social, difícil é a separação entre trabalhador, enquanto corpo, de um sujeito, pessoa, suscetível a cargas e riscos diversos e sua força de trabalho. Isto é, como já apresentado a partir de Harvey (2005), a respeito do “corpo como medida de todas as coisas”, as contradições estão postas e por demais evidentes, quando se trata de abordar os “corpos saudáveis” necessários à produção e seus corolários de adoecimento, acidentes e mortes.

Tal relação, baseada na compra e venda, bem como na subordinação contratual, obscurece os impactos dos “efeitos deletérios do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores” (MENDES, 1988, p.311), sendo importante acrescentar que, no estudo, há concordância com Souza et al (2015) na consideração de que o adoecimento dos trabalhadores está relacionado tanto ao processo de trabalho quanto ao “âmbito da reprodução social [...], decisivo para as condições de saúde”. (SOUZA et al, 2015, p.113).

No que diz respeito à degradação da saúde decorrente do trabalho, Souza et al. (2015, p. 110) ressaltam que a “questão da saúde dos trabalhadores”

tem a sua ‘estrutura originária’ evidenciada no marco da consolidação do capitalismo, cujo momento predominante foi a Revolução Industrial. Sobre isso, Marx [...] aponta como a introdução da maquinaria no processo de trabalho confere impulso à produtividade, criando as condições objetivas para o processo de acumulação de capital, mas também para a exploração e consequente pauperização dos trabalhadores – o que compromete a reprodução social do trabalhador – e trazendo uma série de outras repercussões negativas para estes, entre elas, a degradação de sua saúde.

Desse modo, um elemento comum às abordagens sobre a determinação da relação saúde-doença nas sociedades capitalistas, conforme exposto no capítulo anterior, é a “ênfase crescente à análise do processo de trabalho”. (POSSAS, 1989, p. 200). Com Marx (2013, p.218), temos que o processo de trabalho se define por se constituir em [...]atividade dirigida com o fim de criar valores-de-uso, de apropriar os elementos naturais às necessidades humanas [...], sem depender, portanto, de qualquer forma dessa vida, sendo antes comum a todas as suas formas sociais”.

Laurell (1985) debruçou-se sobre a análise da lógica de acumulação e do ambiente em que ocorre, consequentemente, o processo de valorização: o processo de trabalho. A autora destaca, em relação ao processo de trabalho, que nele se desenvolve uma forma determinada de desgaste do trabalhador. Através deste

conceito é possível identificar, ainda, as estratégias, tanto de exploração, quanto de resistência, que caracterizam a reprodução social, constituindo, assim, o "nexo biopsíquico humano".

A esse respeito, Fernandes (1996, p. 156) acrescenta que o nexa biopsíquico humano tem por característica considerar, necessariamente, que a combinação de "'desgaste' e 'reprodução' determina as formas históricas específicas e biopsíquicas humanas que podem ocasionar doenças particulares denominadas de perfil patológico de um grupo social". É oportuno destacar, nesse sentido, que este conceito apresenta, após decorridas décadas desde a sua formulação, extrema relevância no que se refere à compreensão de que o desgaste do trabalhador, da força de trabalho por assim dizer, manifesta-se no decorrer do processo de trabalho, causando-lhe danos físicos e psíquicos, de modo geral, irreparáveis.

No contexto brasileiro, Possas (1989) apresenta como importante contribuição a referência ao conceito de "modo de vida", para compreensão da relação saúde-trabalho. No modo de vida estariam compreendidas as condições de vida e de trabalho, ambas delineando o perfil epidemiológico da população. No mesmo sentido, Breilh (2003, p.97)⁹⁰ destaca que os sujeitos

[...] historicamente constituídos de uma sociedade existem de uma determinada maneira, que é seu modo de vida [de forma que] coexistem numa sociedade vários modos de vida e suas correspondentes epistemologias, e uma destas (que corresponde à classe dominante) é a que busca se impor ao resto, de fato mantendo contradições com os modos de vida subordinados, que buscam sobreviver e contestar.

Outro aspecto importante a ser destacado é que, de acordo com Possas (1989), Laurell concebe a categoria "ocupação" como apresentando uma importância menor frente ao conceito de processo de trabalho. Tal apreensão diverge da reflexão elaborada por Possas (1989, p. 201), para quem o conceito de ocupação mostra-se essencial para compreender a "inserção numa dada estrutura ocupacional e num dado mercado de trabalho", de tal modo que há uma diferenciação na exposição aos riscos, ressaltando, ainda, a mobilidade existente nos diferentes processos de

⁹⁰ O texto em língua estrangeira é: "[...] históricamente constituídos de una sociedad existen de una determinada manera que es su modo de vida [...] coexisten en una sociedad varios modos de vida y sus correspondientes epistemes, y uno de éstos (el que corresponde a la clase dominante) es el que busca imponerse al resto, de hecho manteniendo contradicciones con los modos de vida subordinados, que buscan sobrevivir y contrarrestar". (BREILH, 2003, p.97)

trabalho. Possas (1989) explicita a sua divergência em relação à concepção de Laurell (1985) ao ressaltar que

Não se trata, portanto, como sugere a autora [Laurell], de identificar apenas a intensidade do desgaste a partir das cargas laborais relacionadas a cada processo, mas sobretudo de explicitar a natureza dos riscos a que expõem processos específicos de trabalho, o trabalhador. (POSSAS, 1989, p. 201).

É importante contextualizar, desse modo, que a perspectiva de Possas (1989, p. 202) em relação ao conceito de “ocupação” é a de considerá-lo, também, mais apropriado do que o de classe social “para dar conta, em epidemiologia, do impacto na população trabalhadora das condições específicas em que se realiza o processo de trabalho”. Na mesma direção, verifica-se uma outra explícita divergência da autora, desta vez em relação ao conceito elaborado por Breilh, posteriormente desenvolvido pelo autor em outros trabalhos: o de “perfil epidemiológico de classe”. A autora considera que este conceito é “genérico e impreciso”, constituindo uma “problemática para nossa realidade social” (POSSAS, 1989, p. 14), marcada, de acordo com a autora, pela constante mobilidade ocupacional dos trabalhadores.

Consideramos pertinente, diante do exposto, assinalar a concordância com Breilh (2003, p.99)⁹¹ no que se refere à sua concepção em torno do conceito de classe, de modo que, como destaca o autor

Na cena social do poder de uma epistemologia, ela é constituída em dominante, autoproclamada legítima e procura deslocar a epistemologia subordinada. Cabe aqui expressar que a noção marxista de ‘ponto de vista de classe’ vai nesta mesma direção explicativa e está inscrita como uma especificação lógica que se torna possível dentro de uma epistemologia particular. Em todo este conjunto de processos, a unidade ou totalidade não é dada pela uniformidade de uma epistemologia única, mas pelas relações, concatenações e condicionamento mútuo que existem entre elas.

Ademais, consideramos que a abordagem da relação saúde-trabalho, a partir da compreensão de que a sociedade se encontra dividida em classes, tem o mérito de privilegiar "categorias como 'mercadoria', 'valor', 'trabalho', 'mercadoria-força de trabalho', 'classe' [...]" (BREILH, 1991, p. 196). Nos anos posteriores, Breilh (2003)

⁹¹ O texto em língua estrangeira é: "En la escena social del poder de una episteme se constituye em dominante, se autoproclama legítima y procura desplazar la episteme subordinada. Cabe aquí expresar entonces que la noción marxista de “punto de vista de clase” camina em esa misma dirección explicativa y se inscribe como una especificación lógica que se hace posible em el seno de una episteme particular. En todo ese conjunto de procesos la unidad o totalidad no está dada por la uniformidad de una sola episteme sino por las relaciones, concatenaciones y mutuos condicionamientos que existen entre ellos". (BREILH, 2003, p.99).

incorporou à elaboração inicial relativa à classe, as categorias gênero e etnia, ressaltando a relevância de ambas para a compreensão das relações societárias de poder:

A saúde coletiva latino-americana trabalhou intensamente na categoria de classe social como ferramenta de análise epidemiológica, produzindo obras de enorme valor aplicadas a diferentes contextos. O próprio autor [Breilh] usou isso em sua proposta original do 'perfil epidemiológico da classe'. Mas nos últimos anos, nossa pesquisa nos levou a articular uma proposta um pouco diferente que, sem relegar a categoria de classe social, incorpora as de etnia e gênero como domínios que, juntamente com a classe social, explicam a estrutura das relações de poder de uma sociedade, em que depende a distribuição epidemiológica. (BREILH, 2003, p. 218)⁹².

Assim, consideramos, no presente estudo, a relevância da categoria processo de trabalho na sociedade capitalista, em especial porque, a partir da análise empírica, identificamos, na pesquisa, possíveis relações que impactam na reprodução da força de trabalho, repercutindo, conseqüentemente no agravamento das suas condições de saúde. Conforme Albuquerque (2009, p.2)

Que tipo de vida, o quanto poderá viver, que tipo de desgaste de energia, de possibilidades de desfrute dos bens produzidos, que bens estarão disponíveis, dependem do grau de desenvolvimento adquirido pelas forças produtivas da sociedade em que vive. Ou seja, tudo na vida em sociedade, tudo na vida humana, é determinado pelo grau de desenvolvimento alcançado pela sociedade, é determinado socialmente.

Especificamente no que se refere às condições de vida e saúde dos trabalhadores, Marx (1982) realizou importante investigação sobre a classe trabalhadora da França, publicando a *Enquete Operária*, em 1880. Tal movimento simbolizou o esforço em prol da politização e do fortalecimento da organização da luta por parte dos trabalhadores franceses, sendo distribuídos, na época, 25 mil exemplares. Esse resgate da obra de Marx é importante na medida em que a análise do processo de trabalho mantém a sua relevância e atualidade no que se refere ao reconhecimento dos agravos à saúde aos quais os trabalhadores encontram-se submetidos. "Facilitar ou diminuir o esforço do trabalhador no processo de trabalho deveria ser o principal objetivo do desenvolvimento dos instrumentos de trabalho,

⁹² O texto em língua estrangeira é: " La salud colectiva latinoamericana trabajó intensamente la categoría clase social como herramienta de análisis epidemiológico, produciendo trabajos de enorme valor aplicados a diversos contextos. El propio autor la insumió en su propuesta original del 'perfil epidemiológico de clase'. Pero en años recientes nuestra investigación nos ha llevado a articular una propuesta algo distinta que, sin relegar la categoría clase social, incorpora las de etnia y género como dominios que, junto con la clase social explican la estructura de relaciones de poder de una sociedad, de las que depende la distribución epidemiológica". (BREILH, 2003, p. 218).

mas, no modo de produção capitalista, o trabalhador torna-se apêndice da máquina [...]". (LARA, 2011, p.80).

Desse modo, é oportuno sinalizar que, enquanto um estudo de caso, os sujeitos da pesquisa possivelmente estiveram submetidos à exposição a elementos tóxicos e aos demais agentes externos, sendo válido ressaltar, como um aspecto importante para esse reconhecimento, a consideração das relações entre “produção e saúde” em uma perspectiva mais integradora, incluindo-se sua relação com o trabalho e com o ambiente, de acordo com a perspectiva teórica da determinação social do processo saúde-doença. Isto é, tal como foi formulada, já nos primórdios do movimento sanitário e de constituição de um campo crítico de Saúde do Trabalhador no Brasil e no contexto latino-americano, bem como vem sendo, sob recortes diferenciados, retomada em produções mais recentes das relações trabalho-saúde-ambiente (LAURELL; NORIEGA, 1989; TAMBELLINI; CÂMARA, 1998; RIGOTTO, 2002; 2003; VASCONCELLOS, 2007; TAMBELLINI; ALMEIDA; CÂMARA, 2013). Como complementa Lacaz (2007, p.761), temos que a “Saúde do Trabalhador, informada pela Medicina Social Latino-Americana enquanto campo de estudos e seu desenvolvimento, associa-se ao processo de industrialização e à forma particular por este assumida na América Latina”.

Seguindo a abordagem que fizemos no capítulo inicial, sobre a determinação social do processo saúde-doença, cabe recuperar aqui, sua discussão em estreita relação com a centralidade do trabalho para esta teorização. Nessa direção, Mendes e Dias (1991, p.346) acrescentam que

Nesse intenso processo social de discussões teóricas e de práticas alternativas, ganha corpo a teoria da determinação social do processo saúde-doença, cuja centralidade colocada no trabalho - enquanto organizador da vida social - contribui para aumentar os questionamentos à medicina do trabalho e à saúde ocupacional. As críticas tornam-se mais contundentes, à medida que surgem, em nível da rede pública de serviços de saúde, programas de assistência aos trabalhadores, com ativa participação destes, e das suas organizações. Os programas contribuem para desvelar o impacto do trabalho sobre a saúde, questionam as práticas dos serviços de medicina do trabalho nas empresas e instrumentalizam os trabalhadores nas suas reivindicações por melhores condições de saúde.

Um exemplo da relação trabalho-saúde-ambiente está presente no estudo realizado por Berlinguer (1993), cujos resultados demonstraram que, em determinadas companhias italianas, os trabalhadores eram acometidos por distúrbios metabólicos, tendo em vista a grande ingestão de alimentos no refeitório,

consumidos rapidamente, em um curto período de tempo. O retorno ao trabalho pesado ocorria imediatamente, o que diminuía a defesa orgânica contra os tóxicos industriais, cabendo ressaltar, como indica o autor, que esses tóxicos, quando associados ao tabaco, aumentam a probabilidade de ocorrência de doenças, entre elas o câncer e as doenças pulmonares.

Como exemplo do exposto, Boing e Antunes fazem referência ao estudo de Raitiola e Pukander (1997), que identificou na Finlândia “risco relativo para o câncer de laringe 4,3 vezes maior para os profissionais não especializados” e com baixa escolaridade “em relação aos gerentes e altos administradores” (apud BOING; ANTUNES, 2011, p. 619). De igual modo, os autores destacam que em outro país escandinavo (Dinamarca), “foi descrito maior risco de câncer de laringe entre trabalhadores assalariados com baixa escolaridade quando comparados com os de alta escolaridade” (BOING; ANTUNES, 2011, p. 619).

O objetivo deste tópico é, pois, o de problematizar a relação saúde-trabalho, sem perder de vista as implicações subjacentes aos processos de trabalho dos sujeitos da pesquisa nos principais ramos produtivos identificados, ainda que com as limitações já apontadas em relação aos dados secundários disponíveis e utilizados para o estudo. Isto é, tendo a pesquisa se restringido aos dados secundários e sem possibilidades efetivas de abordagem dos trabalhadores, isto é, de acesso as suas trajetórias de vida e de trabalho, são realizadas aqui algumas aproximações às características dos ramos nos quais os trabalhadores informaram sua inserção quando de seu atendimento, já adoecidos, na atenção hospitalar de alta complexidade – isto é, no INCA/HC1. Para isso, nos reportamos também às legislações existentes sobre o câncer relacionado ao trabalho, seja em diretrizes da área da Saúde em geral, seja aquelas relacionadas, especificamente, às questões da Saúde do Trabalhador.

No que tange às neoplasias, o Decreto 6957, de 9 de setembro de 2009, em acordo com previsto no art. 20 da Lei nº 8.213, de 1991, evidencia os principais agentes patogênicos causadores de doenças profissionais ou do trabalho, conforme a tabela de “Doenças infecciosas e parasitárias relacionadas com o trabalho: neoplasias (tumores) relacionados com o trabalho (Grupo II da CID-10)”, Anexo C desta tese.

Deve ser considerado, aqui, que segundo esta legislação apenas o asbesto ou amianto figura como relacionado à neoplasia maligna da laringe. Desse modo, é válido destacar a recente decisão proferida pelo Supremo Tribunal Federal (STF), que proíbe “a extração, industrialização, comercialização e a distribuição do uso do amianto na variedade crisotila em todo o País” (INCA, 2017)⁹³. Tal decisão, após décadas de luta por parte de profissionais da área da Saúde e pesquisadores a favor do banimento do amianto, vai ao encontro do reconhecimento do “crescimento na incidência de mesotelioma, em função do aumento mais recente do uso do amianto” (INCA, 2017).

Nesse sentido, conforme matéria publicada na revista Rede Câncer (2012a), o estudo sobre as substâncias com potencial carcinogênico tem colaborado para a realização de pesquisas sobre os riscos envolvidos na exposição ocupacional. Aproximadamente 19 tipos de tumor – entre eles os de pulmão, fígado, laringe, bexiga e leucemias – apresentam relação com o ambiente de trabalho, de modo que a concentração de substâncias cancerígenas é maior no ambiente de trabalho do que fora dele (REDE CÂNCER, 2012a).

O Quadro 1, que compõe as *Diretrizes para a Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho* (RIBEIRO, 2012), é apresentado em sequência e foi elaborado por um grupo de especialistas e submetido à análise de um comitê de consultores, com o objetivo de oferecer aos profissionais de saúde subsídios para buscar, na história pessoal e profissional do paciente, informações ou indícios de contato com compostos potencialmente cancerígenos no ambiente ou na realização do trabalho.

Dentre os inúmeros fatores ambientais que contribuem para o adoecimento por câncer, argumenta-se que os de origem ocupacional seriam aqueles com mais elevado potencial de controle. Entretanto, como destacam Wunsch Filho e Koifman (2005), apenas 20% das substâncias químicas presentes no ambiente de trabalho informam adequadamente o teor toxicológico. Conforme a publicação do Ministério da Saúde, *Câncer relacionado ao trabalho*, a atenção oncológica deve priorizar “a abordagem do câncer como um evento decorrente da exposição a agentes

⁹³ Em 29 de novembro de 2017, o Supremo Tribunal Federal “reafirmou a declaração de inconstitucionalidade do artigo 2º da Lei Federal 9.055/1995 que permitia o uso desse tipo de amianto” (INCA, 2017).

cancerígenos presentes no ambiente de trabalho” (BRASIL, 2006 b, p. 05). O Ministério da Saúde reconhece, nesse sentido, que

Inúmeros trabalhadores brasileiros estão frequentemente expostos a agentes hematotóxicos, mas são raras as orientações sobre a abordagem clínico assistencial que visam à atenção integral ao trabalhador, seja no ambiente de trabalho, seja no momento de demandar assistência. O sistema de saúde brasileiro carece de subsídios para uma abordagem inicial do câncer, enquanto um agravo ampliado e relevante para a saúde pública, e que deve ser enfrentado de forma integrada por várias instâncias do poder público e da sociedade em geral (BRASIL, 2006 b, p. 05).

Chagas et al. (2013) realizaram, no estudo intitulado "Câncer relacionado ao trabalho: uma revisão sistemática", uma revisão integrativa dos principais agentes carcinogênicos presentes no ambiente de trabalho, bem como as principais topografias acometidas por essas substâncias. O trabalho foi feito a partir do levantamento nas bases de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) dos termos de busca “*occupational cancer*” e “câncer ocupacional”. De acordo com os autores, a exposição ambiental/ocupacional a agentes químicos de uma forma geral está contribuindo também para o adoecimento da população, de modo que a difusão de substâncias químicas não ocorre exclusivamente através das conhecidas formas de poluição.

Quadro 1 – Tipos de câncer, segundo exposição ambiental e/ou laboral

TIPOS DE CÂNCER POR EXPOSIÇÃO AMBIENTAL E/OU LABORAL E ALGUNS DE SEUS FATORES DE RISCO	
Bexiga	Agentes – aminas aromáticas, azocorantes, benzeno, benzidina, cromo/cromatos, fumo e poeira de metais, agrotóxicos, hidrocarboneto policíclico aromático (HPA), óleos e petróleo. Ocupações – cabeleireiro, maquinista, mineiro, metalúrgico, motorista de caminhão, pintor, trabalhador de ferrovia, trabalhador em forno de coque e tecelão.
Cavidade nasal e sinusal	Agentes – asbesto (amianto), cromo, formaldeído, níquel e seus compostos, óleo de corte, poeira de madeira, de couro, de cimento, de cereais, de tecidos, radiação ionizante e organoclorados. Ocupações – carpinteiro, forneiro (em geral, da indústria química, de coque e de gás), mineiro, pedreiro, sapateiro, encanador e mecânico de automóvel.
Cavidade oral, faringe e laringe	Agentes – agrotóxicos, asbesto (amianto), formaldeído, fuligem de carvão, óleo de corte, poeira de madeira, de couro de cimento, de cereais, de tecidos, sílica e solventes orgânicos. Ocupações – açougueiro, barbeiro, cabeleireiro, carpinteiro, encanador, instalador de carpete, mecânico de automóvel, mineiro, moldador e modelador de vidro, oleiro e pintor.
Cérebro	Agentes – agrotóxicos, arsênico, radiação, ondas e campo eletromagnético, chumbo, mercúrio, óleo mineral e HPA. Ocupações – serviços elétricos e de telefonia e trabalho rural.
Estômago e do esôfago	Agentes – poeiras da construção civil, de carvão e de metal, vapores de combustíveis fósseis, óleo mineral, herbicidas e ácido sulfúrico. Ocupações – engenheiros eletricitista e mecânico, trabalhadores de extração de petróleo, motoristas de veículos a motor, trabalhadores de lavanderias, trabalhadores da indústria eletrônica e trabalhadores em limpeza.
Fígado	Agentes – arsênico, cloreto de vinila, solventes, fumos de solda e bifenil policlorado. Ocupações – mecânicos de veículos a motor e trabalho rural.
Leucemias e mielodisplasias	Agentes – acrinonitrila, aminas aromáticas, agrotóxicos, antineoplásicos, benzeno, butadieno, compostos halogenados, óxido de metais, radiação, solventes e tricloroetileno. Ocupações – trabalhador do setor elétrico e trabalhador da cadeia de petróleo.
Linfoma não Hodgkin	Agentes – agrotóxicos, aminas aromáticas, benzidina, benzeno, bifenil policlorado, solventes orgânicos, radiação ionizante e ultravioleta e tetracloreto de carbono. Ocupações – trabalhadores do setor de transporte rodoviário e ferroviário, operadores de rádio e telégrafo, trabalho em laboratórios fotográficos e galvanizador.
Mama	Agentes – agrotóxicos, benzeno, campos eletromagnéticos de baixa frequência, campos magnéticos, compostos orgânicos voláteis, hormônios e dioxinas. Ocupações – cabeleireiro, operador de rádio e telefone, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, comissário de bordo e trabalho noturno.
Mesotelioma	Agente – asbesto (amianto). Ocupações – borracheiro, maquinista, mecânico, pintor e torneiro mecânico.
Mieloma múltiplo	Agentes – agrotóxicos, radiação ionizante, metal pesado e solventes orgânicos. Ocupação – cosmetologista.
Pâncreas	Agentes – agrotóxicos, estireno, cloreto de vinila, epícloridina, HPA, solventes e tetracloreto de carbono. Ocupações – trabalho rural e trabalhadores de manutenção industrial.
Pele não melanoma	Agentes – arsênico, alcatrão, creosoto, fuligem, hidrocarbonetos policíclicos, luz solar, óleo mineral, radiação ultravioleta e ionizante. Ocupações – agentes de saúde, carteiro, pedreiro, pescador, salva-vidas, guarda de trânsito, trabalhador rural e vendedor.
Pele melanoma	Agentes – campo eletromagnético, radiação ultravioleta e sol. Ocupações – carteiro, farmacêutico, instalador de telefone, mineiro, químico, operador de telefone, piloto de avião e serralheiro elétrico.
Pulmão	Agentes – antineoplásicos, asbesto, arsênico, asfalto, ácido inorgânico forte, acrinonitrila, berílio e compostos, cádmio, chumbo, emissão de forno de coque e de gases combustíveis, fuligem, gases (amônia, óxido de nitrogênio, dióxido de cloro e enxofre), inseticidas não arsenicais, manganês, níquel, sílica livre cristalina, poeiras de: carvão, madeira, rocha/quartzo e de cimento, radônio, urânio e radiação ionizante. Ocupações – bombeiro hidráulico, encanador, eletricitista, mecânico de automóvel, mineiro, pintor, soldador, trabalho com isolamento, trabalho em navios e docas, trabalho na conservação do couro, trabalho na limpeza e manutenção e soprador de vidro.

Fonte: RIBEIRO (2012) apud REDE CÂNCER (2012a, p.20).

Como ressalta o estudo, é de fundamental importância a construção de um sistema de vigilância desses agravos, que cumpra dois objetivos principais:

identificação e controle de ambientes de trabalho onde existe potencial exposição à agentes carcinogênicos e a sistematização de informações necessárias à realização de estudos epidemiológicos de caráter exploratório ou analítico (CHAGAS et al., 2013, p. 209).

Acrescenta-se, sobre a exposição no trabalho, que os trabalhadores, de modo geral, podem desconhecer o fato de estarem expostos ao contato com componentes químicos diversos, associados a doenças de extrema gravidade. Como informa Lacaz (2000), nos países periféricos, a exemplo do Brasil, a coexistência de processos de trabalho “arcaicos e modernos” explica a ocorrência de “um perfil híbrido, no qual os nexos de causalidade com o trabalho tornam-se mais complexos e onde nexos anteriormente não cogitados ou desvalorizados devem ser (re)colocados em pauta” (LACAZ, 2000, p. 157). Vasconcellos (2011) acrescenta a esse respeito que a “associação causal entre estado de saúde e estado de doença”, mediada por fatores diversos, “é recente na história da ciência e segue bastante incompleta no estágio atual do conhecimento científico” (VASCONCELLOS, 2011, p. 67).

As principais substâncias apontadas pela literatura especializada em relação ao câncer de laringe (FERLAY, 2015; FREITAS, 2012; INCA, 2015) são o álcool e o tabaco, havendo um aumento da probabilidade de desenvolver a doença quando o consumo dessas substâncias é realizado de forma associada e em quantidades elevadas. A Estimativa do INCA (2015, p.48) aponta, também, a relação entre o câncer de laringe e a exposição ocupacional ao amianto e outros componentes químicos em conjunto com o consumo de bebida alcoólica e de tabaco, que ocorre principalmente na Construção Civil, “na qual a exposição a materiais que [contêm] amianto [e outros agentes] é grande”. Acrescenta-se, ainda, com relação ao câncer de laringe, que

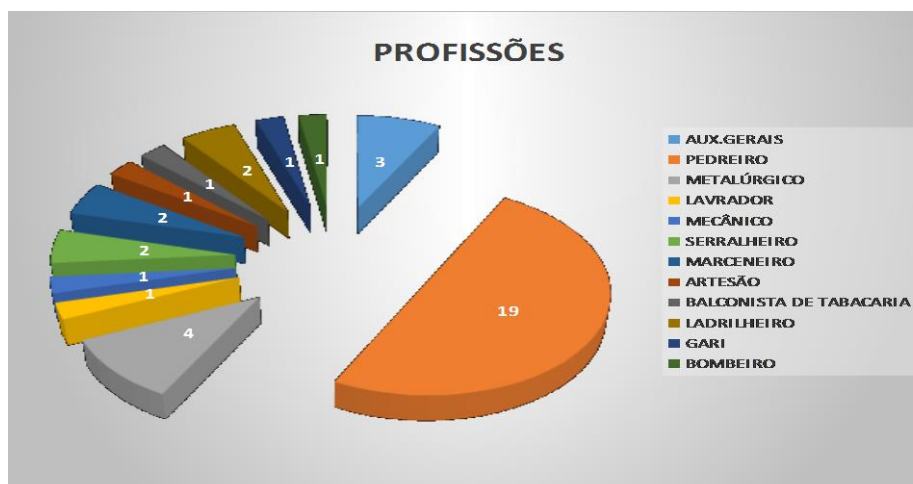
estudos têm apontado para uma associação positiva entre câncer de laringe e exposição ocupacional ao pó de madeira em carpintarias e na fabricação de móveis. Outros estudos têm observado associação entre exposição ao asbesto e câncer de laringe (CHAGAS et al., 2013, p. 217).

As principais profissões⁹⁴ desempenhadas pelos sujeitos da presente pesquisa foram: na Construção Civil, pedreiro e ladrilheiro, n=19 (50%) e n=2 (5,26%), respectivamente; metalúrgico, n=3 (7,89%); e auxiliar de limpeza/auxiliar de serviços gerais, n=3 (7,89%). Identificamos ainda a dispersão entre várias

⁹⁴ É importante sinalizar que não havia registro relativo à profissão em prontuários de 11% dos pacientes e que, como limitação do estudo, não foram encontrados registros em prontuário que revelassem o histórico laboral dos pesquisados. Outro aspecto relevante é que a opção por analisar as principais profissões exercidas pelos usuários não desconsidera que outras distintas destas podem apresentar condições semelhantes ou, por vezes, piores de exposição para os trabalhadores.

profissões, tendo uma parte delas, $n=1$ (2,63%), composta por mecânico, artesão, lavrador, balconista, gari e bombeiro, e outra com $n=2$ (5,26%) cada, constituída por serralheiros e marceneiros, conforme indica o Gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição de pacientes submetidos à LT, segundo profissão: INCA/HC I, março de 2014 a maio de 2015



Fonte: INCA/HC I, março de 2014 a maio de 2015.

Em sequência, a fim de qualificar os achados de pesquisa em termos das profissões identificadas, problematizamos os resultados encontrados e que são ilustrados no Gráfico 2, com ênfase em dois dos principais ramos identificados: Construção Civil e Metalurgia, e em uma das funções desempenhadas (a de auxiliar de limpeza) e que, inclusive, é transversal aos diferentes ramos produtivos. Ressalta-se, contudo, a ausência do histórico laboral dos sujeitos da pesquisa nos prontuários, o que reforça a necessidade de que os gestores e profissionais de saúde atentem para essa importante lacuna referente ao registro e que impossibilita um aprofundamento da análise aqui empreendida.

Entre as principais profissões desempenhadas pelos 38 pacientes que compõem o grupo de pesquisa, foi identificado que 50% ($n=19$) dos trabalhadores exerciam ou exerceram, em algum momento de suas vidas, a profissão de pedreiro e 5,26% ($n=2$) de ladrilheiros, o que, em conjunto, significa que a maior parte ($n=21$;

55,26%) do grupo pesquisado é do ramo da Construção Civil⁹⁵. Sabe-se que “a construção é sem dúvida uma das atividades humanas mais antigas” e que “as edificações ao longo do desenvolvimento humano foram utilizadas para transformar a natureza de forma a atender aos propósitos humanos referentes a abrigo, locomoção, produção, diversão e outros” (FABRICIO, 2002 apud GOMES, 2011, p.28).

Sobre o ramo da Construção Civil, verifica-se que, de modo geral, há uma “pequena parcela de trabalhadores com maior nível de escolaridade, a exemplo de engenheiros, arquitetos, entre outros, a construção civil abriga um volume intenso de força de trabalho, cuja formação resulta do processo de sucessão hereditária”, característica ao setor. (ALMEIDA; ALVES, 2016, p.11). Assim, a maior parte dos trabalhadores absorvidos neste ramo apresenta, de modo geral, baixa escolaridade, desempenhando funções diversas sem que, necessariamente, tenha ocorrido uma especialização prévia.

Nesse sentido, é válido acrescentar que a “Construção Civil tem sido o destino de muitos trabalhadores de origem camponesa, com pouca ou nenhuma escolaridade e precarizados [...]” (ALMEIDA; ALVES, 2016, p.11). Há concordância com as autoras, ainda, no que se refere à compreensão de que a baixa escolaridade da força de trabalho da Construção Civil é um importante elemento da acumulação neste setor, uma vez que “se constitui em uma vantagem no que se refere à redução dos custos com a contratação” (ALMEIDA; ALVES, 2016, p. 19).

No que se refere ao contexto mais recente do processo de trabalho neste ramo, Gomes (2011) vai destacar que, nas últimas décadas,

os avanços tecnológicos e as alterações nos processos produtivos e nas formas de organização do trabalho transformam as relações de trabalho na Construção Civil, [...] são os pedreiros, ladrilheiros, armadores, cada qual com sua especialidade e seguindo uma hierarquia de funções e de habilidades que, nos grandes e médios canteiros, é seguida devido à quantidade de pessoas e, também, devido à maior fiscalização e vigilância sobre a obra (GOMES, 2011, p. 38).

Nesse sentido, é válido destacar, segundo Fialho et al, que as políticas econômicas voltadas a “maior oferta de crédito imobiliário e manutenção da redução

⁹⁵ É importante frisar que, na pesquisa, encontramos profissionais serralheiros (n=2; 5,26%), função intimamente ligada à Construção Civil. Contudo, por não podermos afirmar que os sujeitos do estudo faziam parte do ramo, não os incluímos no quantitativo da Construção Civil.

do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) de diversos insumos da construção, foram responsáveis pelo crescimento do setor nos últimos anos” (FIALHO et al, 2014, p. 1105). O crescimento do setor da Construção Civil “aumentou de 6,5% em 2004 para 7,5% em 2009” (GUIMARÃES, 2012, p. 46) com as obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC)⁹⁶ nas áreas de saneamento, habitação e infraestrutura, “além de outras inversões do setor público, assim como com o surgimento de diversos novos negócios e empreendimentos imobiliários da iniciativa privada” (GUIMARÃES, 2012, p. 46). A esse respeito, Rodrigues destaca que

Ao retomar, por meio do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), a capacidade estatal de investimento em infraestrutura econômico-social – saneamento, habitação popular, portos, ferrovias, estradas e em setores de energia elétrica, fóssil e eólica, etc. –, praticamente abandonada por FHC [...], os governos do PT puderam até 2013 recuperar, sob um falacioso neodesenvolvimentismo, o dinamismo da economia e o rendimento das famílias e reduzir a pobreza absoluta (RODRIGUES, 2016, p. 39).

Entre 2007 e 2012, o setor de Construção Civil cresceu de maneira significativa no Brasil, de modo que o “crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) do setor foi 1,8 vez maior do que o crescimento do PIB da economia como um todo” (ERNST; YOUNG, 2014, p. 04). Tais indicadores de crescimento, acompanhados do aumento da empregabilidade no mês de abril de 2017 (em comparação ao mesmo mês, no ano de 2016) (CBIC, 2017)⁹⁷, não estão associados às melhorias na inserção nesse setor. De modo geral, ao apresentarem um grau inferior de escolaridade, e, com isso, terem pouca margem de escolha para inserção no mercado de trabalho, os trabalhadores do ramo encontram-se suscetíveis aos diversos mecanismos exploratórios e à ausência de autonomia no processo de trabalho, o que corrobora sobremaneira com a acumulação capitalista, que lucra com a redução nos custos de contratação dessa mão-de-obra. Como acrescenta

⁹⁶ Constituindo importante plataforma do Governo Lula, o PAC foi lançado em 2007: “o governo passou a incorporar o referencial do papel indutor do Estado com vistas ao crescimento econômico, realçando, ao mesmo tempo, o seu compromisso com a geração de emprego e renda e a estabilidade macroeconômica” (OLIVEIRA, 2013, p. 237). Contudo, é importante destacar que o PAC, ao abranger “uma série de medidas de caráter econômico visando a manutenção da estabilidade econômica e o cumprimento de acordos internacionais” trouxe sérios rebatimentos “para as políticas sociais, visto que são previstas em suas ações medidas de desonerações tributárias, com diminuição dos recursos arrecadados para o fundo público, e medidas institucionais que enfraquecem os direitos sociais” (RODRIGUES; SALVADOR, 2011, p.129).

⁹⁷ Sendo importante ressaltar que “a Indústria da Construção Civil possui vasto impacto na economia do país, visto que é um setor amplo e suas atividades relacionam-se de forma direta com a economia, pois é uma grande geradora de emprego, renda e tributos” (SOUZA, A. et al., 2015, p. 141).

Gomes (2011), a terceirização e, em muitos casos, a rotatividade desses trabalhadores, são elementos que fazem com que as empresas não assumam um real compromisso com a saúde dos sujeitos empregados na Construção Civil.

Em estudo que avaliou o sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da Construção Civil, Barros e Mendes (2003) sinalizam a existência de condições precarizadas e de "regras rígidas determinadas pela organização do trabalho (produtividade acelerada), o que implica riscos de acidentes e de aumento do sofrimento pela vivência de sentimentos como ansiedade, medo e insatisfação" (BARROS; MENDES, 2003, p. 63). Como as autoras destacam,

Somam-se a esse sofrimento as condições precárias e subumanas nas quais esses trabalhadores desenvolvem suas atividades, evidenciadas na alimentação e alojamento inadequados, insuficientes e precários. Observa-se também a ausência de amparo trabalhista e social, expressa pela negação de direitos básicos como aposentadoria, plano de saúde, entre outros. Além disso, a falta de apoio institucional quanto ao fornecimento de ferramentas essenciais para o desenvolvimento do trabalho e de equipamentos de segurança (EPIS) caracteriza a desproteção dos trabalhadores terceirizados dessa categoria [...] (BARROS; MENDES, 2003, p.63).

É importante salientar, nesse sentido, que, mesmo no caso de trabalhadores não terceirizados, a desresponsabilização em relação à saúde dos trabalhadores pode vir a ocorrer, considerando que são trabalhadores com idades e formas de inserção diversas. Em complemento, Alencar (2011, p. 98) acrescenta que "o desemprego, também, passou a se ocultar no trabalho precário que, generalizado, vem atingindo grande magnitude, tornando-se, hoje, uma realidade mundial". Essa complexidade impede que se possa ver o trabalhador da Construção Civil como uma única categoria, exigindo que se veja a questão a partir da "multiplicidade de características dos trabalhadores da Construção Civil" (GOMES, 2011, p. 40). Podemos, em acréscimo, afirmar que esses trabalhadores representam os "supérfluos", nos termos de Mészáros (2011), com baixa qualificação e em busca constante por formas de inserção no mercado de trabalho como alternativa ao desemprego.

A indústria da Construção, de acordo com a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 2.0), compreende os seguintes setores: "construção de edifícios (divisão 41), obras de infraestrutura (divisão 42) e serviços

especializados para construção (divisão 43)" (IBGE, 2014b, p. 31). Esses setores, ou divisões, constituem-se em atividades heterogêneas em relação ao tamanho das empresas, à estrutura, distribuição geográfica e desempenho das atividades.

Em relação à participação do setor na economia, em 2014, segundo a Pesquisa Anual da Indústria da Construção (PAIC)⁹⁸, as 119 mil empresas ativas empregaram 2,9 milhões de trabalhadores. Um importante dado da pesquisa é que houve um avanço da média salarial mensal: de R\$ 1.759,30, no ano de 2013, para R\$ 1.973,67, em 2014. (IBGE, 2014b). Estes dados, contudo, quando contrapostos aos daqueles identificados entre os sujeitos da pesquisa, em período similar, permitem verificar um rebaixamento salarial entre estes últimos, pois identificamos uma renda média mensal em torno de R\$ 972,00, ou seja, pouco superior a 1 salário mínimo⁹⁹. É possível inferir que estes indicadores díspares se devem, em parte, ao fato de, no caso dos sujeitos da pesquisa, estamos analisando um universo significativamente menor, além do que este é constituído por trabalhadores apenas em funções de pedreiros e ladrilheiros, diferenciando-se da média do setor em geral, que, como já comentando, congrega uma parcela, ainda que pequena, de trabalhadores com maior qualificação e, portanto, melhores condições salariais.

Deve ser destacado que diferentes são os riscos e cargas presentes no trabalho da Construção Civil, envolvendo em decorrência, principalmente acidentes típicos relacionados a quedas, pequenos incidentes e choques elétricos, por exemplo. Todavia, devido a natureza destas atividades e sua composição por diferentes processos e sua transversalidade à estrutura produtiva, bem como à vida urbana em geral, estes trabalhadores podem estar sujeitos a outros riscos e cargas, sejam relacionados aos acidentes típicos, de trajeto e/ou a doenças relacionadas ao trabalho.

⁹⁸ A Pesquisa Anual da Indústria da Construção (PAIC), de acordo com o IBGE (2014 b), apresenta estimativas sobre a Construção Civil no Brasil.

⁹⁹ No Brasil, neste momento, de finalização desta tese, em novembro de 2017, no valor de R\$ 937,00 e, em relação a janeiro de 2015 (dentro do marco temporal relacionado aos dados secundários pesquisados), correspondia a R\$. 788,00). É importante ressaltar, contudo, que esse valor, identificado na pesquisa, corresponde à média salarial entre os sujeitos pesquisados; isto é, nos mais diferentes ramos produtivos e distintas funções ocupacionais. Portanto, há variações dentro do grupo pesquisado, considerando a categoria profissional a qual os trabalhadores pertencem e que, muito possivelmente, conta com piso salarial específico.

Sobre a reconhecida relação da exposição ao amianto/asbesto com o adoecimento por câncer de laringe (vide Anexo C), é importante destacar que, de acordo com a Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC), o amianto é "pertencente ao Grupo 1, isto é, dos agentes reconhecidamente cancerígenos para os seres humanos". (UFBA, 2012, p.1).

Santos e Santiago (2015, p. 04) vão acrescentar, a esse respeito, que na Construção Civil a "consequente instalação deste mineral no organismo humano pode resultar em inúmeras patologias". No entanto, embora sejam verificados tanto a produção quanto o consumo elevado no Brasil, "o número de casos de doenças associadas ao amianto registrado nos sistemas de informação em saúde, como o SIM, ainda é muito pequeno em função da magnitude do problema". (UFBA, 2012, p. 2).

Acrescenta-se a isso o estudo publicado por Rushton et al. (2010) apud Chagas et al (2013, p.212), no *British Journal of Cancer*, que indica a relação do "asbesto, trabalho em turnos, óleos e solventes, radiação solar, sílica, dioxinas, tabagismo passivo em ambiente de trabalho, radônio, tetracloroetileno e arsênio" no adoecimento por câncer de laringe, entre outros tipos de câncer. Conforme informações da Universidade Federal da Bahia, através do *Boletim epidemiológico de morbimortalidade de agravos à saúde relacionados ao amianto no Brasil, 2000 a 2011*,

No período de 2000 a 2010, em todo o País, foram registradas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 2.400 mortes por agravos à saúde relacionados ao amianto, entre pessoas com 20 ou mais anos de idade. Consideraram-se os diagnósticos da causa básica ou causa associada ao óbito. Devido a casos com diagnósticos comuns, analisaram-se separadamente os óbitos (n=2.123) por câncer (mesotelioma e neoplasia maligna da pleura), e as placas pleurais e pneumoconiose causadas pelo amianto (n=265). Dentre os casos de câncer foram 827 óbitos por mesotelioma e 1.298 por neoplasias malignas da pleura. Os demais diagnósticos foram 109 mortes por placas pleurais e 156 por pneumoconioses causada pelo amianto. O câncer de pulmão também tem como uma de suas causas a exposição ao amianto, mas raramente o diagnóstico é registrado com essa associação causal, o que limitou a sua análise com esses dados (UFBA, 2012, p. 2).

Tal reconhecimento do caráter maléfico do amianto, no entanto, não impede que, no país, de acordo com as informações da Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto (ABREA), a fabricação de fibrocimento, ou cimento-amianto corresponda

a, aproximadamente, 90% do asbesto consumido no Brasil e esteja presente na fabricação de caixas d'água, telhas, painéis, etc. (ABREA, 2016).

Apesar desta grande produção e consumo no País, o número de casos de doenças associadas ao amianto registrado nos sistemas de informação em saúde, como o SIM, ainda é muito pequeno em função da magnitude do problema.

Considerando a Construção Civil, a Norma Regulamentadora 18(NR-18)¹⁰⁰

estabelece diretrizes de ordem administrativa, de planejamento e de organização, que objetivam a implementação de medidas de controle e sistemas preventivos de segurança nos processos, nas condições e no meio ambiente de trabalho na Indústria da Construção (BRASIL, 1978).

O Programa de Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção (PCMAT), nesse sentido, é composto por documentos que contribuem para avaliação das condições em que se realiza o trabalho, estando entre eles o “memorial sobre condições e meio ambiente de trabalho nas atividades e operações”., que dimensiona os “riscos de acidentes e de doenças do trabalho e suas respectivas medidas preventivas” [...](BRASIL, 2015a).

A despeito da existência na NR-18 e de outros dispositivos que favoreceriam condições mais salubres de realização do trabalho na Construção Civil, o estudo de Moreira Neto (2006), que analisou a implantação dessa norma por empresas prestadoras de serviços na Região Metropolitana da cidade de Belém/PA, constatou, contudo, o desempenho “insatisfatório da segurança e higiene do trabalho na Construção Civil [...], analisado pelas condições ambientais deficientes dos seus canteiros de obras” (MOREIRA NETO, 2006, p. 90). Além disso, conforme evidenciado no Anexo C, outros elementos presentes na Construção Civil são reconhecidos como potenciais desencadeadores de outros tipos de neoplasia e intoxicações, demonstrando o alto potencial adoecedor do trabalho nesse ramo econômico.

Em suma, ao abordarmos o processo produtivo da Construção Civil sob a perspectiva da determinação social do processo saúde-doença, nos deparamos com o fato de, no Brasil, “70,8% do total de empregados no setor serem classificados como não qualificados” (FOCHEZATTO; GHINIS, 2011, p. 654), o que indica uma

¹⁰⁰ As normas regulamentadoras descritas na Portaria 3214/78, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) são atualizadas periodicamente, regulando as ações relativas à segurança e à saúde do trabalho (BRASIL, 1978). Disponível em: <http://www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/ORGaos/MTE/Portaria/P3214_78.html>. Acesso em: 13 jun. 2016.

difícil margem de escolha por parte desses trabalhadores em relação às funções e ao manuseio de produtos e equipamentos para a realização do seu trabalho, o que repercute diretamente na sua saúde.

No que concerne ao ramo da Metalurgia, conseguimos identificar quatro pacientes (n=4; 10,53%). No Brasil, desde 1943, a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) contempla a preocupação com a segurança em caldeiras. Porém, apenas a partir de 1978, foi criada a norma sobre Caldeiras e Recipientes de Pressão, a NR-13, que estabeleceu medidas de segurança para os usuários desses sistemas. Em 2014, a NR-13 foi alterada pela portaria nº 594, de 28 de abril de 2014 (BRASIL, 2014e)¹⁰¹.

Como indicado por Inoue e Vilela (2014, p.137), "o setor metalúrgico é um ramo que oferece elevado grau de risco aos trabalhadores", de modo que, na legislação trabalhista brasileira, há a determinação da implantação de um Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) em todas as empresas metalúrgicas em que ocorra a contratação a partir de 50 trabalhadores (INOUE; VILELA, 2014). Contudo, Teixeira, N. (2008) ressalta a recorrente exposição à toxicidade de diversos compostos da indústria metalúrgica, a exemplo do cádmio. Conforme o autor,

além de compostos muito tóxicos que afetam, inicialmente, vias respiratórias e pulmões provocando, principalmente, pneumonia, edemas pulmonares, enfisema pulmonar, câncer e mal formações fetais, dependendo do tempo de exposição. Na intoxicação crônica é comum o aparecimento de um anel amarelado nos dentes, além da perda do olfato e dificuldade respiratória (TEIXEIRA, N., 2008, p. 09-10).

Um outro elemento com potencial adoeecedor semelhante é o cobre, tendo em vista a decorrente inalação de poeiras, provenientes do trabalho de galvanoplastia¹⁰², sendo "geralmente responsável pelo aparecimento de dermatites, ulcerações na pele, perfuração do septo nasal e comprometimento do aparelho respiratório" (TEIXEIRA, N., 2008, p. 10-11). Um estudo do Instituto Estadual do Ambiente do Rio de Janeiro (INEA), publicado em 2013, indica a necessidade de

¹⁰¹ As alterações dizem respeito, essencialmente, aos vasos de pressão e tubulações nas caldeiras (BRASIL, 2014e).

¹⁰² A galvanoplastia pode ser descrita "como o processo de depositar diversas camadas metálicas sobre um objeto através da aplicação dos princípios fundamentais que reagem ao fenômeno da eletrólise, como reações de oxidação e redução" (INEA, 2013, p. 06).

controle ambiental no que tange à galvanoplastia, pois inalar poeiras pode desencadear tosse, dores de cabeça e no peito, entre outros. Além disso, a exposição prolongada ao cromo pode desencadear câncer no pulmão dos trabalhadores (INEA, 2013). O estudo indica, ainda, que

Entre os aspectos ambientais relacionados à atividade de galvanoplastia, está a utilização de metais tóxicos. Componentes do ambiente em que vivemos, esses elementos químicos estão sempre presentes na natureza, em teores muito baixos. A atividade industrial e o grande desenvolvimento da indústria da mineração, contudo, aumentaram significativamente a concentração desses elementos químicos no ambiente, dando origem às chamadas 'doenças profissionais' [...]. Na maioria das vezes, o risco representado por esses elementos químicos está, portanto, diretamente associado à exposição às altas concentrações dos metais tóxicos (INEA, 2013, p. 29).

Teixeira, N. (2008) acrescenta que o composto denominado níquel carbonila também é “altamente tóxico e muito volátil, tem inalação facilitada, expondo os trabalhadores à contração de cânceres de pulmão e do nariz” (TEIXEIRA, N., 2008, p. 12). Outros elementos tóxicos presentes na Indústria Metalúrgica podem ser citados, como o alumínio, o zinco, o cianeto, todos relacionados diretamente ao agravamento das condições de saúde dos trabalhadores. A tabela do CNAE (Anexo C) faz referência aos compostos supracitados, associando-os potencialmente às neoplasias de brônquios e pulmão, bexiga e de pele. Já de acordo com Ribeiro (2012), a atuação no ramo metalúrgico foi associada ao câncer de bexiga. Nesse sentido, embora não exista uma associação ao câncer de laringe, compostos químicos diversos, como visto anteriormente, são largamente utilizados pela Indústria Metalúrgica.

Sobre a terceira modalidade de atuação profissional mais encontrada na pesquisa, verificamos, em consulta aos prontuários, que as três mulheres submetidas à LT afirmaram trabalhar como auxiliares de serviços gerais e tinham mais de 60 anos (n=3; 7,89%), 2 delas em situação de desemprego e 1 licenciada do vínculo estatutário, com renda em torno de 1 ½ salário mínimo. No entanto, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), a nomenclatura que identifica essa atividade junto ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) é auxiliar de limpeza. Conforme Ribeiro (2012, p. 61), é preciso ter particular atenção com as atividades que demandam “baixa qualificação, como ajudantes e auxiliares de limpeza, atividades desenvolvidas dentro ou no entorno do domicílio que manipulam

as substâncias cancerígenas”, como importante aspecto relacionado ao câncer do estômago.

a situação das trabalhadoras de serviços gerais no mercado de trabalho traz à tona tanto sua condição de profissionais sem qualificação formal e submetidas à disciplina e à lógica das relações capitalistas, essencialmente no que diz respeito à disponibilidade de uso dessa mão-de-obra por parte do capital, como sua condição de mulheres, cujos papéis caracterizam-se pela sua subordinação às relações de dominação masculinas, expressas no âmbito doméstico ou no trabalho assalariado (CHILLIDA; COCCO, 2004, p. 272).

Diogo (2007), ao abordar os sentidos de ser trabalhadora do setor de limpeza e conservação em uma empresa prestadora de serviços, constatou que vários sentimentos de desvalorização se fizeram presentes nas entrevistas. O relato sobre a remuneração integrou o depoimento de todas as entrevistadas, geralmente associado ao sentimento de desgaste e à sobrecarga de trabalho. Verificou-se, desse modo, o cansaço gerado pelo acúmulo de responsabilidades assumidas, no trabalho e no lar. Além disso, emergiram questões relacionadas à divisão sexual do trabalho e à qualificação profissional. Brito e Oliveira (1997) afirmam, nesse sentido, que sobre a trabalhadora é projetada a imagem da dona de casa, de modo que “as qualificações femininas permanecem ‘invisíveis’, portanto, em razão dessa subalternização conferida ao valor do trabalho feminino” (MARCONDES et al., 2003, p. 94). Marcondes et al. (2003) explicitam, ainda, que

Como o manuseio de peso é um importante diferencial que distingue os ‘trabalhos de homens’ dos ‘trabalhos de mulheres’, reafirmando a lógica binária ‘pesado’ *versus* ‘leve’, as diferenças imputadas aos gêneros, parecem tender a valorizar o esforço físico masculino e subestimar o feminino. Entretanto, deve-se considerar que, quando os homens deslocam pesos, o esforço físico e o trabalho muscular são mais intensos, porém esporádicos; ao passo que nos trabalhos ‘femininos’, esses são moderados, mas contínuos. Reside aí importante diferença que, nem sempre percebida, acarreta graves consequências para a saúde das mulheres trabalhadoras (MARCONDES et al., 2003, p. 99).

Conforme estudo de Carloto (2003), que avaliou o adoecimento no trabalho entre as mulheres da categoria de asseio e limpeza,

O resultado é que cada vez mais se depara com um grande quadro de sintomas e doenças como a L.E.R. (Lesão por Esforços Repetitivos), fadiga, depressão, transtornos mentais, problemas gástricos, de surdez, de vista, problemas respiratórios e alergias, além das intoxicações por uso de produtos químicos. Trabalhadoras mais velhas apresentam, em particular, problemas de saúde como artrite e varizes, dores na coluna que podem ser consequência do trabalho que realizaram durante anos. Verificou-se que também as mulheres sofrem acidentes de trabalho provocados por queda, como os verificados entre as faxineiras (CARLOTO, 2003, p. 39).

A autora vai acrescentar, ainda, que com a emergência do feminismo como movimento social¹⁰³, foram viabilizadas as condições necessárias à legitimação do estudo do processo de saúde-doença das mulheres, que “inscreve no corpo formas de adoecimento e escreve nas políticas públicas e sociais formas de atendimento médico” (CARLOTO, 2003, p. 40). Para o propósito da presente tese¹⁰⁴, cabe acrescentar, ainda, que a profissão está associada ao câncer de pulmão (INCA, 2012).

Assim, a partir da reflexão realizada em torno da possível exposição aos agentes químicos nos principais ramos laborativos encontrados na pesquisa, ressaltamos novamente a contribuição da Medicina Social Latino-Americana – referenciada em uma perspectiva teórica marxista _ para a compreensão das relações sociais de produção estabelecidas entre capital e trabalho. Ao considerarmos o trabalho como sendo a ação do homem sobre a natureza para modificá-la e transformá-la (MARX, 2013) compreendemos que este, ao fazê-lo, também transforma a si mesmo e, ainda, as relações sociais estabelecidas. Não se trata, portanto, de uma ação externa ao homem – como enfatizam os modelos convencionais, de modo que, no próximo tópico, abordamos o consumo de tabaco e álcool, problematizando a concepção predominante nas políticas e ações no âmbito da Saúde no país e as suas repercussões para os sujeitos.

2.3 O consumo de tabaco e álcool

Podemos afirmar, conforme Marx e Engels, que os indivíduos são o modo como exteriorizam sua vida, pois, ao produzirem o seu modo de viver, produzem sua própria vida material (MARX; ENGELS, 2007). Isto é, são o que produzem e o modo

¹⁰³ Tendo em vista o objetivo da tese, a temática em questão não será abordada de forma aprofundada. No entanto, sugestões de leitura podem favorecer estudos acerca da relação gênero/adoecimento, tais como, por exemplo, as de Goes e Nascimento (2013) e Kergoat (2003).

¹⁰⁴ É válido ressaltar que, do ponto de vista da exposição, esta atividade/função pode ser desempenhada em qualquer ramo produtivo, de forma que seria necessário o aprofundamento da pesquisa para a identificação do(s) ramo(s) produtivo(s) nos quais estas mulheres se inseriram no decorrer de sua trajetória ocupacional.

como produzem, numa relação que depende das condições materiais de sua produção. A referência ao termo “modo de vida”, utilizada na presente tese, vai ao encontro da compreensão marxiana e difere substancialmente do conceito de “estilo de vida”, que, de forma oposta, refere-se especialmente às condutas, ao que é recomendado, prescrito, às formas social e culturalmente determinadas de viver, a exemplo dos hábitos, da prática de esportes, consumo de tabaco e álcool, etc (ALMEIDA FILHO, 2004).

No que tange ao consumo de tabaco e álcool, um aspecto importante da atuação como assistente social do Instituto Nacional de Câncer, é a possibilidade de compreender a complexidade do atendimento aos pacientes da Clínica de Cabeça e Pescoço, cuja doença e as sequelas do tratamento “são visíveis na face e no pescoço e, portanto, perceptíveis para outras pessoas”. (ALCANTARA et al, 2014, p.110). Desse modo, vivenciamos, no cotidiano profissional a intensidade do sofrimento da pessoa com câncer, quando a doença é extremamente associada ao fumo e/ou etilismo, sofrimento esse que também se estende à família, que muitas vezes demonstra não saber lidar com as dificuldades vivenciadas pela pessoa em tratamento. O paciente geralmente sofre duplamente, tanto pela doença que adquiriu, quanto pelo estigma que carrega, qual seja, o de ser o “culpado” por seu próprio adoecimento. A experiência na Oncologia, não obstante, evidencia o quanto “as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes, as etnias, os gêneros e seus segmentos pensam, sentem e agem” (MINAYO, 1992, p.30).

Ao nos depararmos, como profissionais da saúde, com os usuários que estão em condição de saúde mais agravada, nos quais o estadiamento da doença já é avançado, não podemos deixar de pensar em como teria sido importante que eles tivessem acesso a um tratamento voltado para a prevenção do câncer. E isto, em especial, em uma Unidade Básica de Saúde de sua própria região de moradia, por exemplo, facilitando o seu deslocamento e a continuidade do atendimento.

Tal problematização, quando pensada em nível nacional, requer também que se pense no modo como o tabagismo/etilismo vem sendo trabalhado com os usuários na Atenção Básica à Saúde, sendo esse nível de atenção fundamental, no sentido de promover um espaço possível para a prevenção do câncer e de outras doenças.

No âmbito federal, em 1989, foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Ao INCA coube a execução, tornando-se "responsável por planejar e coordenar suas ações, além de difundir informações sobre esse importante fator de risco de câncer e outras doenças" (INCA, 2011, p. 12).

O Brasil conta, ainda, com uma Lei Federal (9.294/1996¹⁰⁵) que restringe o uso e a propaganda dos derivados do tabaco em ambientes públicos ou privados, excetuando-se os "fumódromos", reconhecidos como áreas próprias para o fumante. Em 1999, a Agência Nacional de Vigilância Epidemiológica (ANVISA), em articulação com estados e municípios, passou a fiscalizar as ações para o controle do tabaco (INCA, 2011).

No que tange ao tratamento do tabagismo, o Sistema Único de Saúde (SUS) teve como base a Portaria Nº 1035/GM, de 31 de maio de 2004, regulamentada pela Portaria SAS/MS/Nº 442 de 13 de agosto de 2004 (BRASIL, 2004)¹⁰⁶. Essas portarias tinham como objetivo a ampliação do acesso e tratamento do tabagismo na Atenção Básica e de Média Complexidade da rede do SUS (Anexo A da Portaria SAS/MS/Nº 442/2004) e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina (Anexo B da Portaria SAS/MS/Nº 442/2004) (BRASIL, 2004)¹⁰⁷.

De acordo com as Portarias, a abordagem cognitivo-comportamental obrigatória deve ser acompanhada por medicação, quando indicado. A unidade de saúde deve fazer parte do SUS e preencher os critérios de credenciamento definidos pelo Plano de Implantação (Anexo A da Portaria SAS/MS/Nº 442/2004). Segundo esse plano, para ser credenciada ao tratamento do tabagismo no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a unidade deveria cumprir os seguintes requisitos:

¹⁰⁵ Cabe ressaltar que a referida Lei foi regulamentada pelo Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014 (BRASIL, 2014d).

¹⁰⁶ BRASIL. Portaria nº 442 de 13 de agosto de 2004. Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 14 ago. 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-442.htm>>. Acesso em: 03 mai. 2015.

¹⁰⁷ Cf. referência em nota de rodapé anterior de nº 106.

[...] ser unidade de saúde ambulatorial ou hospitalar, integrante do Sistema Único de Saúde, classificada em qualquer nível hierárquico; [...] não permitir o fumo no interior da unidade; [...] contar com, no mínimo, um profissional de saúde de nível universitário, das categorias profissionais constantes na Portaria SAS/MS/Nº 442, devidamente capacitado, segundo modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo; [...] dispor de locais para atendimento individual e sessões de grupo; [...] garantir equipamentos e recursos necessários como tensiômetro, estetoscópio e balança antropométrica, para avaliação clínica do fumante. O município deveria garantir também, seja na própria unidade de atendimento ou em uma unidade de referência, a realização de exames para apoio diagnóstico dos pacientes que necessitassem de avaliação complementar (BRASIL, 2004)¹⁰⁸.

O Ministério da Saúde publicou, contudo, em 05 de abril de 2013, a Portaria nº 571, que atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013a). Assim, revogou a portaria nº 1.035/GM/MS, de maio de 2004, e a portaria SAS nº 442 de 2004.

Desse modo, o PNCT passou a reconhecer na legislação o tabagismo como “uma doença crônica, resultante da dependência à droga nicotina, e um fator de risco para cerca de 50 doenças, dentre elas, câncer, asma, infecções respiratórias e doenças cardiovasculares” (BRASIL, 2013a), recomendando a capacitação de ao menos 1 (um) profissional de saúde por estabelecimento. Não define, no entanto, quais os elementos essenciais à capacitação proposta e à abordagem, que na Portaria SAS/MS/Nº 442 era definida como cognitivo-comportamental “obrigatória” (BRASIL, 2013a)¹⁰⁹.

De acordo com informações do Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro e da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES), desde 2009, a Lei Estadual 5517/09, conhecida como “Rio Sem Fumo”, “visa resguardar a sociedade dos malefícios do fumo passivo, preservando a saúde do cidadão” (RIO DE JANEIRO, 2009).

A SES utiliza como justificativas da lei em questão a preocupação

¹⁰⁸ Cf. nota de rodapé anterior de nº 114.

¹⁰⁹ BRASIL. Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. [2013 a]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 06 abr.2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html>. Acesso em: 03 mai. 2015.

governamental com o fumo passivo, que

[...] em média, custa aos cofres públicos do Estado do Rio R\$ 52,6 milhões anuais em tratamentos do infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e câncer de pulmão relacionados ao tabaco [...]. A lei é boa também para saúde do fumante, que reduz sua exposição ao fumo passivo e pode usá-la como motivação para deixar de fumar (RIO DE JANEIRO, 2014)¹¹⁰.

Convém destacar que a abordagem, atualmente realizada pelo INCA, não apenas no combate ao tabagismo, como no reforço à adoção de hábitos saudáveis, tem por cerne uma “agenda” de ações que concentram no indivíduo a responsabilidade pela sua saúde, a exemplo da Figura 1, apresentada a seguir, que evidencia as ações de comunicação e informação do Instituto na mídia, retiradas do site institucional em outubro de 2016.

Figura 1 – Ações de comunicação e informação realizadas na mídia: INCA, julho a setembro de 2016

O Globo - Ativo contra o câncer , por Luis Fernando Bouzas, Fernando Frajacomo e AnkeBergmann (29/09/2016)O custo da inatividade física no mundo, seu risco para doenças crônicas e como o Brasil tem enfrentado o problema são abordados no artigo "Ativo contra o câncer", assinado pelo médico do INCA Luis Fernando Bouzas e pelos pesquisadores Fernando Frajacomo e AnkeBergmann.
Rádio Globo - Lançamento da campanha #MostreAtitude (02/09/2016) Entrevista com Liz Almeida, chefe da Divisão de Pesquisa Populacional do INCA, e Andrea Reis, da Divisão de Controle do Tabagismo, sobre o lançamento da campanha #MostreAtitude: sem o cigarro, sua vida ganha mais saúde.
Rádio Globo - Entrevista com o Vice-diretor do INCA , Luís Felipe Ribeiro Pinto, sobre o Dia Nacional de Combate ao Fumo (29/08/2016)Em entrevista ao programa Manhã da rádio Globo, Luís Felipe Ribeiro Pinto, vice-diretor do INCA, fala sobre o Dia Nacional de Combate ao Fumo, o evento de comemoração da data e como fumar está diretamente relacionado ao câncer.
Rádio Globo - Lançamento da campanha #MostreAtitude (02/09/2016)
Canal Futura - Entrevista com a nutricionista do INCA , Luciana Maya, sobre o site de alimentação, nutrição e câncer do INCA e a relação entre alimentação e câncer (12/08/2016)
Rádio Globo -Entrevista com Luis Felipe Ribeiro Pinto, vice-diretor do INCA, sobre conteúdos do novo site de alimentação, nutrição e câncer e o projeto de desenvolvimento de jogos para pacientes infantis (10/08/2016)
Rádio Globo - Entrevista com Luis Felipe Ribeiro Pinto, vice-diretor do INCA, sobre reeducação alimentar (18/07/2016)
Rádio Globo - Entrevista com Luis Felipe Ribeiro Pinto, vice-diretor do INCA, sobre obesidade (11/07/2016)
Rádio Globo - Entrevista com Luis Felipe Ribeiro Pinto, vice-diretor do INCA, sobre hábitos alimentares inadequados (04/07/2016)

Fonte: Site do INCA¹¹¹.

¹¹⁰ RIO DE JANEIRO (Estado). SES. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Projetos e Programas [2014]. Programa Rio sem fumo. Disponível em: <<http://www.rj.gov.br/web/ses/exibeconteudo?article-id=168094>>. Acesso em: 01 mai. 2015.

¹¹¹ Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/comunicacao/informacao/site/home/namidia>>. Acesso em: 26 out. 2016.

Podemos observar na Figura 1, que termos como “custo”, “risco” e “inadequado” são utilizados com destaque na abordagem sobre câncer. Uma campanha, em especial, com a *hashtag* #MostreAtitude, incentiva a prática de esportes em substituição ao cigarro, com o slogan “Praticar esportes ajuda você a ficar mais longe do cigarro e ter uma vida saudável” (INCA, 2016), indo ao encontro da concepção defendida por Amartya Sen (2010, p. 10) de que “para combater os problemas que enfrentamos, temos de considerar a liberdade individual um comprometimento social”, redundando numa culpabilização do sujeito pelo seu “sucesso” em relação à manutenção de uma “boa” saúde.

O INCA conta, ainda, no que tange às ações contra o tabagismo, com uma sala específica para o tratamento do fumante no HC I, desde setembro de 2002.

A conduta adotada no INCA segue o modelo do Programa Nacional de Controle de Tabagismo (PNCT) do Ministério da Saúde, com pequenas adaptações, como: maior número de sessões semanais; maior flexibilidade para atendimentos individuais; abordagem evidenciando os benefícios da cessação; busca ativa dos pacientes; inclusão de familiares; parceria com o Serviço Social no encaminhamento de pacientes; parceria com o Serviço de Fisioterapia, para oferecer fisioterapia respiratória, exercícios de alongamento e relaxamento de acordo com a necessidade dos pacientes; apoio medicamentoso para a maioria dos pacientes e integração ao tratamento da doença de base (REDE CÂNCER, 2011, p. 39).

Nesse sentido, em nossa inserção profissional no INCA, foi possível verificar empiricamente que, apesar de oferecer um tratamento voltado à cessação do tabagismo no espaço hospitalar, a abordagem utilizada é referida pelos pacientes do Instituto como ineficaz, de modo que muitos não conseguem dar prosseguimento por sentirem-se desmotivados a participar das reuniões. Isso aponta para uma reflexão há muito realizada pela autora da tese: não é possível promover saúde sem que seja garantida à pessoa, a quem se destina, a possibilidade de ser um sujeito ativo no processo em que ela se constrói.

Desse modo, a Saúde Pública precisa ser construída na relação com aquele que a busca, que por ela demanda. Do contrário, tende a reproduzir a desigualdade entre os que “sabem” e os que “não sabem”, apenas recebendo algo pronto, sem ter a possibilidade de participar ativamente, questionar, construir junto, ser sujeito no processo de construção da saúde com a qual se identifique, na qual se reconheça.

De forma oposta aos tratamentos tradicionais, em que se propõe um “antitabagismo”¹¹², ou seja, uma oposição à prática do fumo, entendendo-a como algo próprio, exclusivamente do comportamento do indivíduo, partimos da concepção de que o ato de fumar apresenta um forte aspecto cultural, devendo abranger o território, na relação com sua história e com aquela dos sujeitos envolvidos no processo. Nesse sentido, diferente do método Cognitivo Comportamental, que é o mais utilizado como referência no tratamento do tabagismo, por exemplo, compreende-se nesse estudo que um processo educativo crítico abre possibilidades para que a saúde seja construída *com* a população e não *para* a população.

A Tabela 2 corrobora essa perspectiva, haja vista a faixa etária predominante no estudo (60 anos ou mais) e a quantidade de anos de consumo de tabaco e álcool pelo usuário (muitas vezes, de forma associada): a totalidade dos sujeitos da pesquisa apresentou, em média, 40 anos de tabagismo e 29 anos de etilismo, sendo válido enfatizar que, em relação ao álcool, encontramos 27 usuários, 11 deles não fazendo uso frequente.

Tabela 2 – Distribuição de pacientes submetidos à LT, segundo a média (em anos) de consumo de tabaco e/ou álcool: INCA – HC I, março de 2014 a maio de 2015

Tabagismo	N
Sim	38
Tempo de consumo (em anos)	40
Etilismo¹¹³	
Sim	27
Não	11
Tempo de consumo (em anos)	29

Fonte: INCA/HC I, março de 2014 a maio de 2015.

¹¹² “Corrente ou atitude contrária ao consumo de tabaco”. Fonte: antitabagismo. in: Dicionário infopédia da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/antitabagismo>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

¹¹³ Considerando o objetivo do estudo, cumpre informar que, no INCA, não há um programa voltado à cessação do etilismo, a exemplo do programa para a cessação do tabagismo, de modo que a autora privilegiou a análise do programa institucional.

Considerando as iniciativas governamentais¹¹⁴ e analisando as justificativas apresentadas pela SES para criação do "Rio Sem Fumo"– esse último evidenciando a preocupação governamental com os gastos associados ao tratamento de doenças relacionadas ao nível de alta complexidade e partindo da hipótese de que a redução da exposição ao fumo passivo serve de “motivação” para o fumante deixar de fumar –, identificamos, com Marinho-Casanova e Gavazzoni (2010), proposições iniciais que privilegiam uma abordagem crítica sobre o tabagismo.

A primeira delas aponta que as abordagens ao tabagismo pelo setor Saúde requerem a adoção de medidas direcionadas à integralidade das ações, uma vez que uma percepção fragmentada do indivíduo desencadeia a sua culpabilização, por hábitos adquiridos no seu contexto cultural. Como destacam Marinho-Casanova e Gavazzoni (2010), em artigo intitulado "Tratamento analítico-comportamental do tabagismo", em relação aos resultados que os programas multicomponentes vêm obtendo na cessação “do fumar [...], a implementação de programas que atinjam grande parte da comunidade implica abandonar uma perspectiva predominantemente clínica para uma perspectiva de saúde pública” (MARINHO-CASANOVA; GAVAZZONI, 2010, p. 210).

Scarinci (2010) corrobora tal compreensão, ressaltando que,

embora já esteja comprovado que a combinação de uma abordagem cognitiva comportamental com uma abordagem farmacológica seja eficaz e efetiva no tratamento do tabagismo, ainda temos uma lacuna na forma de como utilizar na prática essas abordagens, uma vez que lidamos com populações diversas. Os ensaios clínicos tendem a utilizar amostras homogêneas, que dificultam a disseminação dessas abordagens para as populações ou subgrupos que não foram incluídos nos estudos (SCARINCI, 2010, p. 08).

Como indica Santos (1987), cada realidade cultural tem sua lógica interna, da qual devemos nos aproximar para conhecermos o sentido das suas práticas, costumes, concepções e as transformações pelas quais passam. Nesse sentido, a compreensão da Educação em Saúde e, principalmente, da Educação Popular em Saúde (EPS), considera, sobremaneira, a valorização do saber da população em torno das suas necessidades de saúde e a importância do diálogo e da troca de saberes. Esta concepção assim se expressa uma vez que o movimento popular em saúde incentiva a autonomia do cuidado por parte de um sujeito ativo, bem como a

¹¹⁴ Portarias SAS/MS/Nº 442, de 13 de agosto de 2004, e Portaria nº 571, de 05 de abril de 2013.

participação de todos na avaliação da saúde, através do controle social preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A partir desse movimento, se torna possível compreender as repercussões dos hábitos e do conhecimento socialmente elaborado a respeito do tabagismo e dos agravos à saúde. Ressalta-se aqui, preponderantemente, o protagonismo dos sujeitos.

O aspecto cultural, por sua vez, é intrínseco ao conceito de território. Conforme Barcellos e Pereira (2006, p. 49), “a partir do olhar cultural ou simbólico-cultural o território é visto como produto da apropriação, da valorização simbólica de um grupo em relação ao espaço vivido”. Desse modo, o local de moradia é também um aspecto significativo no que tange ao acesso e à utilização dos serviços de saúde (TRAVASSOS et al, 2006), uma vez que cada território já expressa uma cultura própria. Nesse sentido, destacamos que a determinação social do processo saúde-doença, para além do consumo, mostra-se evidente no contexto dos sujeitos da pesquisa no que diz respeito ao acesso tardio na Alta Complexidade, aspecto abordado no próximo tópico.

2.4 O dilema do acesso tardio: assistência em Saúde na alta complexidade

Na seção anterior foi possível apresentar uma das dimensões da Saúde, que diz respeito aos processos relacionados à determinação social do processo saúde-doença em termos da possível exposição pelo trabalho e, também, pelo consumo – esse último, restrito ao tabaco e ao álcool, pois, limitado aos dados disponíveis nos prontuários. Como foi visto anteriormente, a complexidade da exposição às Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), em especial o câncer, envolve múltiplas dimensões biológicas, bem como sociais, nos marcos das relações produção-consumo sob o capitalismo.

Nesta seção, abordamos outra dimensão da Saúde, que diz respeito à questão da atenção/assistência em Saúde. Isto é, apresentamos as limitações e/ou restrições ao acesso à Saúde em termos do tratamento dos pacientes adoecidos,

que é realizado tendo por referência o adoecimento por câncer a partir do contexto histórico das condições e modo de vida da população.

Para tanto, realizamos revisão teórico-bibliográfica sobre a temática, pesquisa documental sobre a legislação oncológica brasileira, consulta às publicações da OMS, do INCA e a outros estudos sobre a epidemiologia do câncer. Resgatamos, ainda, as repercussões das transformações societárias no Brasil no campo da Oncologia.

Como exposto anteriormente, na atualidade, com o progressivo envelhecimento da população, as projeções indicam um acréscimo dos casos de câncer. No contexto da epidemiologia tradicional, verifica-se um incremento nas campanhas e ações voltadas à redução da exposição aos “fatores de risco” para o câncer (BRASIL, 2006 b). Nesta tese, no entanto, partilhamos da compreensão de que a adoção do conceito de “risco” tem como consequência direta uma percepção restrita do processo saúde-doença, por não compreender a produção de doenças no plano coletivo.

A modificação da exposição aos “fatores” denominados como de “risco” à saúde, argumentada por aquela perspectiva, depende, contudo, e necessariamente, de um conjunto de mudanças sociais, ambientais e políticas que interferem diretamente na manutenção da saúde das populações. Considerando a adoção do conceito dos “fatores de risco” e a necessidade de respostas à crescente demanda oncológica, diferentes iniciativas governamentais foram tomadas. Como aponta Teixeira (2012), a Portaria nº 170, de dezembro de 1993 (BRASIL, 1993), representou o esforço inicial do Ministério da Saúde para o tratamento de câncer no Brasil.

Já em 1998, a Portaria nº 3.535, da Secretaria de Assistência à Saúde, tinha como objetivo atender integralmente pacientes com doenças neoplásicas malignas, através de uma rede hierarquizada de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), atualizando os critérios para o seu cadastramento (BRASIL, 1998). Posteriormente, em 2005, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, por meio da Portaria GM 2.439/05, a Política Nacional de Atenção Oncológica, que preconizava ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2005). A Portaria em questão, entretanto, não logrou o êxito esperado,

como indicado na análise das estimativas nacionais de incidência e mortalidade após 2005.

A distribuição de níveis hierárquicos de cuidado ao paciente com câncer dentro do Brasil é desigual, mostrando uma disparidade entre as áreas que têm melhores estruturas urbanas (regiões sudeste e sul), com a presença de sistemas de saúde bem equipados e ordenadamente distribuídos no território, em contraponto com aquelas com ausência de níveis hierárquicos intermediários (no norte e nordeste). As regiões norte e centro oeste têm a ocupação do território de forma esparsa, o que impacta na organização e distribuição da oferta de serviços de saúde. Apesar da ocupação territorial consolidada no nordeste, há cidades que tradicionalmente concentram o aparato de equipamentos e serviços, com raros centros de cuidado em saúde de níveis intermediários (BARBOSA et al., 2016, p. 258-259).

Diante do exposto, verifica-se a diversidade na concentração de serviços públicos nas Regiões Sul e Sudeste, o que influencia na identificação da distribuição de novos casos, “entendendo que para o diagnóstico de câncer é necessária a alocação de recursos humanos e materiais e de condições para que a população possa acessar tais recursos” (SILVA L., 2010, p. 178).

Posteriormente, em 2013, a Portaria nº 874, de 16 de maio, foi instituída pelo Ministério da Saúde, constituindo 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), com o objetivo de reduzir a mortalidade e a incidência de determinados tipos de neoplasia (BRASIL, 2013b), de modo a priorizar a prevenção e o controle do câncer.

Apesar do avanço na legislação em relação à Oncologia, de modo geral, observa-se no cotidiano das instituições que o eixo central é o tratamento, quando a doença já está existente (SILVA, L.B., 2010). Percebe-se, na realidade, a dificuldade de efetivar medidas de controle e prevenção, principalmente porque há a ênfase no tratamento da doença já existente, na alta complexidade¹¹⁵, e não na prevenção em todos os níveis de atenção, predominando um recorte de atenção focado na dimensão biológica, com ênfase, portanto, no adoecimento.

¹¹⁵ São considerados “procedimentos hospitalares de Alta Complexidade aqueles que demandam tecnologias mais sofisticadas e profissionais especializados, como Cirurgia Cardíaca, Neurocirurgia, Cirurgia Oncológica e determinados procedimentos de Ortopedia, definidos na Portaria SAS/MS” (VIANNA et al., 2005, p. 12).

Ademais, para além da prevenção de doenças, é limitada e/ou inexistente a adoção de uma perspectiva que considere a promoção da saúde¹¹⁶. A esse respeito, Czeresnia (2009), sobre o conceito de promoção da saúde, informa que este tem sido abordado a partir de perspectivas distintas. Ao ser apropriado de modo conservador, reforça a concepção de um Estado mínimo em relação aos aspectos sociais, estimulando a responsabilização e a culpabilização dos sujeitos; quando apropriado de forma progressista, enfatiza o diálogo entre as políticas intersetoriais, bem como o compartilhamento de responsabilidades.

Considerando que, na operacionalização dos projetos de promoção da saúde, “aparecem [...] inconsistências, contradições e pontos obscuros e, na maioria das vezes, não se distinguem claramente das estratégias de promoção das práticas preventivas tradicionais” (CZERESNIA, 2009, p. 44), a consideração da atenção oncológica como uma política pública pressupõe prioridade na oferta de ações de atenção básica e de média complexidade.

Os serviços de média e alta complexidades são regionalizados, localizados em emergências, especialidades e internações hospitalares, visando à concentração do volume para redução de custos. Alie-se a isso o princípio da equidade no acesso, em que a primazia do direito à saúde se sobrepõe à eficiência econômica. Investigar a relação da média complexidade com a atenção básica à saúde, em especial no que se refere à caracterização da demanda por especialidades e emergências hospitalares, constitui premissa importante para a organização de sistemas de saúde pautados pela equidade e regionalização. Afinal, parcela significativa da população busca assistência nos pronto atendimentos públicos (PIRES et al., 2010, p. 1010).

Tal assertiva reitera que a saúde não é restrita à dimensão biológica ou mesmo ao conteúdo legislativo. O trato dessa questão de forma ampliada pressupõe, conforme a problematização apresentada no capítulo inicial, a compreensão abrangente de saúde, em acordo com a Medicina Social Latino-Americana. Essa perspectiva, em termos de concepção e práticas, orientou, como vimos, a *8ª Conferência Nacional de Saúde*, realizada em 1986, e serviu de base para a construção da Lei 8080/1990, que instituiu o SUS no Brasil (BRASIL, 1987).

¹¹⁶ É importante destacar, nesse sentido, a existência da Política Nacional de Promoção da Saúde, de 2010, que tem como prioridades “o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família; a promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento” (BRASIL, 2010a, p.5).

No Brasil, os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), em consonância com os registros internacionais, são responsáveis pelas informações em torno do impacto do câncer regionalmente, constituindo um importante instrumento voltado ao planejamento e a avaliação das ações de prevenção e controle de câncer (INCA, 2013a). Em conjunto com os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS), estruturam tanto a Vigilância do Câncer quanto o desenvolvimento de pesquisas em áreas afins (INCA, 2011; 2016). Desse modo,

Esse monitoramento engloba a supervisão e a avaliação de programas, como ações necessárias ao conhecimento da situação e do impacto no perfil de morbimortalidade da população, bem como a manutenção de um sistema de vigilância com informações que subsidiem análises epidemiológicas para a tomada de decisões (INCA, 2015)¹¹⁷.

Assim, a universalidade do direito à saúde deve ser garantida, de acordo com os princípios doutrinários de universalidade, equidade e atenção integral, relembando-se aqui que a universalidade pressupõe o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e para todos os cidadãos. Contudo, a efetivação dos princípios do SUS, que foram defendidos ao longo da história por profissionais, bem como por membros da sociedade civil, integra uma luta constante tanto para a sua implementação quanto contra a precarização dos serviços públicos, no sentido de defender o acesso ao direito à saúde.

Desse modo, a universalidade e o atendimento equânime se mostram distantes em um país como o Brasil, marcado pela aviltante desigualdade social. Segundo Granemann (2007, p. 63), “a complexificação das relações entre os grandes capitais e os demais capitais, [...] e a classe trabalhadora e os arranjos estatais construídos a partir dos últimos anos tanto nos países centrais como nos da periferia” repercutiu nocivamente para os trabalhadores.

No que se refere à assistência em saúde, especificamente, o que se verifica é que o acesso ao atendimento é marcado por trajetórias de peregrinação das famílias até que consigam o atendimento necessário na Oncologia. Com relação aos sujeitos

¹¹⁷ INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil [2015]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

da pesquisa, verifica-se que a problemática também se faz presente, a partir dos relatos que ressaltam equívocos relacionados tanto ao encaminhamento quanto ao diagnóstico da doença.

Nesse contexto, um importante desafio apontado por profissionais e gestores da área da Saúde é o fato da Média Complexidade representar hoje um grande “gargalo” do acesso, na assistência em Saúde. Spedo et al. (2010, p.956) destacam, a esse respeito, que muitos dos procedimentos da Média Complexidade objetivam proporcionar o “esclarecimento do diagnóstico das doenças, o que justifica seu caráter estratégico tanto para aumentar a resolutividade da Atenção Básica, quanto para viabilizar a universalidade e integralidade do SUS”. Os autores acrescentam que

A relação entre a atenção básica e a média complexidade é um dos fatores condicionantes dessa resolutividade. Por um lado, a atenção básica depende do acesso a procedimentos disponíveis na média complexidade para aumentar sua resolutividade. Por outro, a baixa resolutividade da atenção básica aumenta a demanda para a média complexidade. (SPEDO et al., 2010, p. 967).

Além disso, ainda relacionado ao acesso, informações do DataSUS (2016), explicitadas na Tabela 3, apresentada a seguir, evidenciam a prevalência da desigualdade regional no país. Como pode ser verificado na tabela, a proporção nacional de pessoas com baixa renda, em 2010, foi estimada em 34,67%, sendo a Região Nordeste a que obteve os maiores índices nesse aspecto, com 56,10%, seguida da região Norte, (52,79%), contrastando com as Regiões Sul e Sudeste, com 19,19 % e 23,74%, respectivamente. A própria literatura especializada reconhece a forte demarcação da prevalência de cânceres associados ao melhor nível socioeconômico – mama, próstata e cólon e reto –, e, no extremo oposto, taxas de incidência elevadas de tumores diretamente associados à pobreza – colo do útero, pênis, estômago e cavidade oral. Tal distribuição

resulta de exposição diferenciada a fatores ambientais relacionados ao processo de industrialização, como agentes químicos, físicos e biológicos, e das condições de vida, que variam de intensidade em função das desigualdades sociais (BRASIL, 2006 b, p. 11).

Tabela 3 – Proporção de pessoas com baixa renda – Brasil, 2010

Região	% população com renda < 1/2 SM
TOTAL	34,67
Região Norte	52,79
Região Nordeste	56,10
Região Sudeste	23,74
Região Sul	19,19
Região Centro-Oeste	25,92

Nota: Baixa renda = proporção (%) da população residente com renda domiciliar mensal per capita de até meio salário mínimo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (DATASUS, 2016).
Fonte: DATASUS (2016).

Conforme Cruz Neto e Moreira (2000):

a pobreza é o indicador mais sensível da concentração de renda no Brasil e, diante deste quadro, a principal forma de violência passa a ser a violência estrutural perpetrada pelo próprio Estado constituído, gerando a opressão de pessoas e grupos, negando-lhes bens e oportunidades necessárias, tornando-os mais vulneráveis às mazelas sociais, ao sofrimento e à morte [...]. Uma pobreza que permeia a sobrevivência das pessoas seja através do desemprego, dos baixos salários, das péssimas condições de moradia e de saneamento básico. Uma vulnerabilidade engendrada pela violência estrutural que acaba por atingir a autoestima e a dignidade dos envolvidos (CRUZ NETO; MOREIRA, 2000, p. 47).

O enfrentamento dessa desigualdade é indispensável à efetivação de ações políticas intersetoriais, e o SUS, isoladamente, não tem sido capaz de dar conta de todas essas expressões da questão social, uma vez que está inscrito no desenvolvimento capitalista. Todavia, a realidade tem demonstrado que muitas delas convergem para o processo saúde-doença, evidenciando a (des)proteção social. Explicitam-se, sobremaneira, entraves ao acesso à assistência em saúde, à continuidade (ou não) do tratamento e às formas de (des)proteção social, no âmbito da Previdência e da Assistência Social.

Mesmo onde existem políticas públicas de saúde estruturadas, na prática a realidade é outra. Vemos, no noticiário diário dos jornais, frequentes casos de pacientes que morrem sem conseguirem sequer ser atendidos nos hospitais. Nem sempre a vida de um cidadão pode esperar pela realização das políticas públicas já existentes. Em face de uma situação que ponha em risco a vida de um cidadão, é perfeitamente legítimo que, à revelia das políticas públicas organizadas, seja o seu direito reconhecido individualmente pela Justiça. (BORGES, 2014, p. 29).

De fato, frente à ausência de correspondência prática ao SUS institucionalizado pela Constituição Federal, à Lei Orgânica da Saúde e demais legislações, o que se assiste, cotidianamente, é a procura de saídas diversas pela população, que recorre a diferentes alternativas para o atendimento às suas necessidades de saúde (com níveis diferenciados de qualidade) e/ou à judicialização do acesso a esse direito constitucional básico, porquanto direito à saúde é direito à vida. Nesse sentido, é válido ressaltar que as demandas apresentadas ao assistente social pelos usuários dos serviços de saúde têm relação direta com os seguintes aspectos:

(1) os enfrentamentos com a equipe de saúde, que necessitam de abordagem na intervenção cotidiana; (2) a natureza do trabalho em saúde, que exige do profissional sucessivas aproximações para o alcance da demanda reprimida pelo usuário e que pode vir a repercutir no curso do tratamento; (3) a necessária articulação com a rede e com profissionais de outras instituições, o que exige uma qualificação profissional permanente; (4) o compromisso com o usuário, que se reflete na qualidade da orientação prestada; (5) as exigências institucionais, que repercutem tanto nas relações entre os profissionais, como também nas estabelecidas com os usuários dos serviços (ALCANTARA; VIEIRA, 2013, p. 340).

Tais demandas exigem a problematização em torno das condições de vida e de trabalho da coletividade e a correlação dessas às características do adoecimento por câncer. Estariam as pessoas deixando de se submeter ao tratamento preconizado por “escolha”? A resposta a essa indagação pode ser encontrada na clássica passagem de Marx (1974, p. 17): “os homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem, não fazem sob as circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, ligadas e transmitidas pelo passado. [...]”. Como já apontado no capítulo anterior, enfrentamos uma situação de crise estrutural do capital, a qual teve início na década de 1970. Desse modo, podemos afirmar que

as desigualdades regionais e sociais no acesso e na qualidade da atenção em saúde representam para os usuários do sistema, em muitos casos, a impossibilidade do acesso a um diagnóstico precoce e à chance de realizar um tratamento curativo, e não paliativo. (ALCANTARA et al., 2013, p.2508).

Considerando o campo empírico do presente estudo, o INCA possui unidades hospitalares localizadas na cidade do Rio de Janeiro, classificadas como de alta complexidade. Isso significa que para ser paciente do Instituto é necessário passar anteriormente por unidades de saúde de Atenção Básica (posto de saúde,

ambulatório) e/ou de média complexidade (clínica especializada, hospital) nos quais tenha recebido o diagnóstico de câncer.

O médico responsável pelo acompanhamento inicial precisa fazer o encaminhamento específico do paciente para o hospital, onde passará por uma triagem para confirmar se seu caso é mesmo para tratamento oncológico. Desde 2013, a primeira avaliação dos pacientes foi modificada em seis serviços nos hospitais do INCA¹¹⁸, de modo que os pacientes passaram a ser encaminhados inicialmente, por meio do Sistema de Regulação do Município do Rio de Janeiro (SISREG) e, atualmente, para moradores do Estado do Rio de Janeiro, pelo Sistema Estadual de Regulação (SER) e, para moradores de outros estados, pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC)¹¹⁹, conforme Figura 2, apresentada em sequência. Como indicado por Silva et al (2017, p. 57),

apesar de ser indicado que o objetivo principal do Sisreg é dar mais conforto para o paciente, que não precisará se deslocar por longas distâncias, e reduzir as filas de espera, conforme as orientações do Ministério da Saúde (Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008) (BRASIL, 2008), observa-se, na atuação profissional junto aos pacientes, que muitas ainda são as barreiras enfrentadas no acesso ao tratamento de saúde.

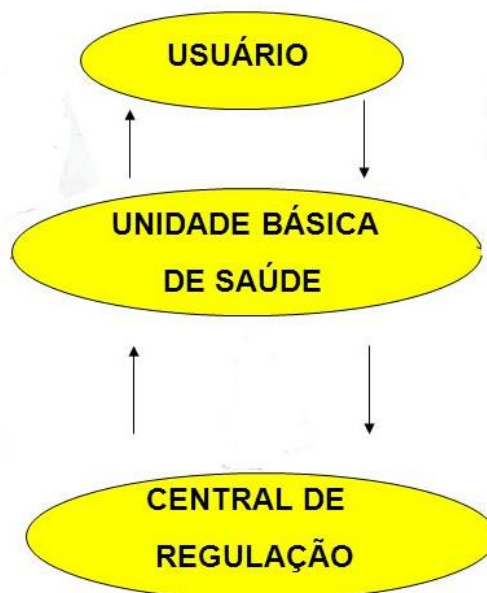
Entre as barreiras mencionadas pelos autores, destaca-se o déficit de profissionais para o atendimento na Atenção Básica e a demora em relação à definição do diagnóstico de câncer. Como destacam Marcon et al (2013, p. 52)

O termo regulação, aplicado ao setor saúde no país, tem diversos entendimentos, concepções e práticas. A NOAS/SUS 01/2002 disseminou o conceito de regulação como sinônimo de regulação assistencial, vinculada à oferta de serviços, à disponibilidade de recursos financeiros e à Programação Pactuada Integrada (PPI). Essa é uma concepção restrita de regulação, que induz a iniciativa de controle do acesso e de adequação à oferta.

¹¹⁸ Os sistemas de regulação gerenciam as vagas disponíveis nos serviços de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Geral – Oncologia (todo o aparelho digestivo), Cirurgia Torácica Oncológica, Ginecologia Oncológica, Mastologia (câncer de mama), Neurocirurgia Oncológica, Tecido Ósseo e Conectivo (cirurgia de tumores malignos ósseos e de partes moles), Urologia, Radioterapia e Braquiterapia (INCA, 2016).

¹¹⁹ A solicitação de agendamento para pacientes do município do Rio de Janeiro no SER pode ser feita diretamente nas Unidades Básicas de Saúde onde forem atendidos. “Pacientes dos demais municípios do Estado do Rio de Janeiro devem procurar as Secretarias de Saúde dos seus municípios para solicitar o agendamento. Já moradores de outros estados são encaminhados pelas Secretarias Municipais de Saúde e/ou Secretarias Estaduais de Saúde para cadastro na CNRAC” (INCA, 2016).

Figura 2 – Marcação de exames e consultas através da Central de Regulação: município e estado do Rio de Janeiro, 2017.



Fonte: A autora, 2017.

Os autores Pinto e Carneiro (2012) realizaram uma pesquisa bibliográfica, no portal de periódicos e artigos da base bibliográfica e de indexação da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), objetivando levantar a produção acadêmica em torno do funcionamento do sistema de agendamento de consultas médicas especializadas, via internet, pela Central de Regulação do SUS. Através dos dados encontrados, os autores indicam que os *softwares* instalados nas Centrais de Regulação do SUS "não funcionam em rede dentro dos níveis de assistência". Verifica-se, desse modo, que "muitos pacientes necessitam se deslocar de unidades distritais (interior) para as secretarias de saúde, localizadas na sede dos municípios, para agendar seus procedimentos" (PINTO, CARNEIRO, 2012, p.128).

Um aspecto importante do tratamento oncológico é a sua relação com os investimentos tecnológicos, evidenciados em pesquisas clínicas e epidemiológicas, inclusive com vistas ao desenvolvimento de drogas consideradas mais eficazes para o tratamento da doença. Contudo, o enfoque preventivo tem ocorrido principalmente em torno da necessidade de mudanças dos hábitos nocivos da população, desconsiderando, muitas vezes, a relação do adoecimento por câncer com as

condições de vida e de trabalho de grande contingente populacional e que impactam diretamente nas condições de acesso ao diagnóstico e tratamento em tempo oportuno. Verifica-se, assim, as limitações e restrições de uma perspectiva de promoção da saúde vinculada a referências de base comportamental, como já se vem argumentando ao longo desta exposição, em detrimento das determinações estruturais que informam o processo saúde-doença.

No que se refere, especificamente, ao nosso objeto de estudo, ressaltamos, por exemplo, que em estudo realizado por Santos (2014) sobre o perfil dos usuários do INCA acometidos por câncer na cavidade oral, evidenciou-se que o início tardio do tratamento também é uma constante que deve ser considerada ao avaliarmos o acesso e o tratamento na alta complexidade.

O acesso à saúde básica e especializada pelo SUS (Lei 8080/1990) leva à peregrinação em unidades de saúde com profissionais despreparados levando a um diagnóstico tardio. O tempo médio transcorrido entre o início dos sintomas percebidos pelo paciente e o diagnóstico de câncer foi de 6,98 meses. Após a triagem no INCA, os pacientes demoraram em média 28,36 dias para efetivarem a matrícula na instituição. Após a matrícula, o início do tratamento oncológico ocorreu, em média, após 103 dias (SANTOS, 2014, p. 136).

Um tempo tão prolongado de espera por tratamento, além de impactar em todas as possibilidades de um prognóstico favorável, faz com que a “judicialização do acesso” esteja cada vez mais presente no campo da Saúde. Sierra (2011), em relação à produção do Serviço Social sobre a temática, destaca que a categoria tem contribuído com o debate a partir de uma perspectiva crítica. A autora acrescenta, ainda, que

O tema da judicialização da política é polêmico e se expressa em pelo menos dois sentidos nas ciências sociais: ora sendo compreendido como um movimento que representa a continuidade da utilização do direito como fetiche, nada mais que uma racionalização ideológica, que legitima a exploração capitalista; ora sendo percebido como uma conquista da sociedade na defesa da cidadania nas democracias contemporâneas. (SIERRA, 2011, p.257).

Nesse sentido, é válido problematizar o que Sartori Junior et al. (2012, p. 2722) denominam em relação à judicialização como uma “verdadeira política pública”, sendo uma consequência direta do acesso à justiça para a garantia de direitos de cidadania. Contudo, na presente tese, partimos da compreensão de que a judicialização revela justamente as necessidades dos cidadãos não atendidas pelo

Estado, em especial as necessidades de saúde, contrariando os princípios constitucionais de universalidade e integralidade da atenção.

A experiência de orientar na Residência Multiprofissional um trabalho de conclusão de curso sobre o tema da judicialização¹²⁰ forneceu-nos a real dimensão da problemática. Do total de solicitações de acesso ao tratamento no HC I/INCA por via judicial (n=64, 100%), exatamente a metade (n=32, 50%) contou com a efetivação da matrícula. Acreditamos que, dentre os indivíduos que não compareceram, o óbito tenha sido o principal motivo, já que essa informação é repassada pelas famílias à Instituição (n= 10; 15,63%) (SILVA, 2017).

A clínica de Cabeça e Pescoço (n=15; 46,88%) foi a com maior número de usuários. Quanto ao estadiamento TNM¹²¹ (INCA, 2012b), verificou-se o avançado estágio da doença no momento da matrícula, sendo a maior parte dos pacientes classificada em E IV (n=18; 56,25%). Ocorreram 12 óbitos (37,50%) após a efetivação da matrícula, permanecendo 20 pacientes (62,50%) em tratamento (SILVA, 2017), conforme informações da Tabela 4, apresentada em sequência.

Tal realidade exerce fundamental influência ao considerarmos que vários aspectos contribuem para que a população pobre sofra os impactos do câncer de modo mais intenso e, literalmente, mais doloroso. Ao estigma da doença, ainda muito presente em nossa sociedade, somam-se as dificuldades econômicas para manutenção da própria subsistência e a de sua família e/ou rede social, além das barreiras em relação ao acesso à proteção social no contexto do adoecimento e da impossibilidade de vender a força de trabalho – proteção social que soma à Saúde as áreas de Previdência e Assistência Social (como será exposto no próximo capítulo).

¹²⁰ Fruto do projeto intitulado “Judicialização e o acesso ao tratamento oncológico: estudo no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva”, a pesquisa foi realizada por meio da análise de frequência de dados secundários dos prontuários de pacientes com câncer, matriculados no Hospital do Câncer I (HC I) do INCA por via judicial no período de 1 de janeiro a 30 de junho de 2015.

¹²¹ A sigla TNM corresponde ao "sistema de estadiamento mais utilizado e é o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos" (INCA, 2012b).

Tabela 4 – Distribuição dos usuários matriculados por via judicial, demandas por especialidade, estadiamento e óbitos após acesso: INCA/HC I, março de 2014 a maio de 2015

Características	N	%
Porta de entrada pela via Judicial		
Matriculados	32	50,00
Não Compareceu	22	34,38
Falecidos	10	15,63
Demanda por Clínica		
Cabeça e Pescoço	15	46,88
Abdome	9	28,13
Urologia	4	12,50
Neurologia	2	6,25
Radioterapia	1	3,13
Tórax	1	3,13
Estadiamento da Doença		
E I	2	6,25
E II	7	21,88
E III	5	15,63
E IV	18	56,25
Falecidos após matrícula		
Óbitos	12	37,50
Em tratamento	20	62,50

Fonte: Silva et al. (2017).

2.4.1 Características do câncer de laringe e a laringectomia total

Em cabeça e pescoço, podemos afirmar, com Barbosa et al. (2004), que os procedimentos cirúrgicos são predominantemente invasivos, causando lesões estéticas consideradas irreversíveis. Diante disso, a cirurgia demanda “readaptações por parte do paciente e da sua família, tendo em vista a adaptação à

imagem corporal alterada” (FERNANDES, 1999 apud BARBOSA et al., 2004, p. 47).

Como ressaltam Boing e Antunes (2008, p. 615), “em razão de sua significativa incidência, prevalência e mortalidade, o câncer de cabeça e pescoço é considerado um dos principais tumores no Brasil e no mundo”. Os autores destacam a existência de uma vasta literatura que comprova uma relação entre condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço – além dos estudos sobre a sua relação com o trabalho e hábitos de consumo, como discutido anteriormente. Os autores destacam, ainda, a utilização de diferentes variáveis exploratórias nessas produções acadêmico-científicas, embora reconheçam que os conhecimentos gerados ao “longo de décadas de estudos, no entanto, não têm impedido que haja distribuição desigual na incidência e na mortalidade por esse tumor de acordo com os estratos sociais das populações” (BOING; ANTUNES, 2008, p. 616).

Considerando-se o câncer de laringe, esse é um dos tipos mais comuns a atingir a região da cabeça e pescoço, “representando cerca de 25% dos tumores malignos que acometem essa área e 2% de todas as doenças malignas” (INCA, 2015)¹²². No ano de 2012, em relação ao câncer de laringe, foram estimados 157 mil casos novos em homens e 19 mil casos novos em mulheres (INCA, 2015)¹²³. Tal informação evidencia uma característica patente dessa neoplasia maligna: ser mais frequente em homens com idade acima dos 40 anos. É raro entre as mulheres, apresentando uma razão de sexos maior do que qualquer outro tipo de câncer (7:1casos) (INCA,2015; CHONE, 2014).

Em abril de 2012, o Brasil ingressou para a *International Agency for*

¹²² As neoplasias malignas da laringe “abrange três localizações: o carcinoma da glote, ou da corda vocal verdadeira, o mais comum, representando cerca de 57% dos casos; o carcinoma supraglótico, 35% dos casos; e o carcinoma subglótico, que corresponde a cerca de 8% dos casos” (BRASIL, 2001). BRASIL. Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. [Org. Elizabeth Costa Dias; Colab. Idelberto Muniz Almeida et al.] Brasília: Ministério da Saúde do Brasil / OPAS, 2001. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2017.

¹²³ INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil [2015]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

Researchon Cancer(IARC)¹²⁴ como Estado participante, sendo pioneiro na América Latina. Conforme matéria divulgada no site do INCA, em abril de 2012, a “Rede de Institutos Nacionais de Câncer (Rinc/Unasul) obteve [da IARC] a promessa de que seriam investidos 100 mil dólares [entre os anos de 2012 e 2014] em atividades identificadas como primordiais para o controle do câncer na América Latina.” (INCA, 2012a, grifos no original)¹²⁵.

O estudo internacional caso-controle multicêntrico da IARC, para o câncer de cabeça e pescoço nos países da América Latina, qualifica-se como um exemplo das iniciativas em andamento (INCA, 2012a)¹²⁶. Chama a atenção, ainda, conforme dados da *Globocan/larc* (INCA, 2015), que uma neoplasia como o câncer de laringe, que se diagnosticada em estágio inicial de tratamento, possui um ótimo prognóstico, com poder de cura de 80% a 100%, apresente o alarmante quantitativo de 83 mil óbitos em 2012 mundialmente, sendo que 73 mil ocorreram nos homens, que, como indicam Gomes et al (2007), buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres.

Em estudo realizado por estes autores sobre a baixa procura dos homens com menor escolaridade pelos serviços de saúde, em comparação aos que tinham nível superior, os autores afirmam que a “questão que reforça a ausência dos homens ao serviço de saúde seria o medo da descoberta de uma doença grave [...], [o que] pode ser considerado um fator de ‘proteção’” (GOMES et al., 2007, p. 570). Os autores ressaltam as principais preocupações desse público,

¹²⁴ Conforme o Relatório de Gestão Delegação do Brasil junto às Nações Unidas em Genebra, “a IARC, com sede em Lyon, foi criada em 1965, por meio da resolução WHA18.64 da Assembleia Mundial da Saúde (OMS). O Brasil foi readmitido como o 23º Estado participante da IARC em 16 de maio de 2013, mediante a Decisão GC/55/R1 do Conselho Diretor da IARC. O Diretor do Instituto Nacional do Câncer José Gomes da Silva Alencar, representa o Brasil, único membro da América do Sul e Central. A IARC emite pareceres técnicos (“monografias”) sobre a carcinogenicidade de diversas substâncias, tais como, recentemente, o glifosato utilizado na agricultura nacional, o café e a carne processada. (BRASIL, 2016c). Disponível em: <legis.senado.leg.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/200115.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2018. É válido sinalizar que os estudos apresentados pela IARC têm sido questionados por especialistas no que tange aos possíveis conflitos de interesse (consenso tripartite e predomínio das empresas nas instâncias decisórias) e à confiabilidade dos estudos. Tarone (2017), por exemplo, ressaltou, em relação teor carcinogênico do glifosato, “a realização de um resumo falho e incompleto das evidências experimentais avaliadas pelo Grupo de Trabalho”. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27552246>. Acesso em: 26 jan. 2018.

¹²⁵ INCA. Iarc vai investir 100 mil dólares em áreas-chave de controle do câncer na América Latina. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2012/iarc_vai_destinar_cem_mil_dolares_em_parceria_com_rinc>. Acesso em: 13 nov. 2017.

¹²⁶ Cf. referência mencionada em nota de rodapé anterior de nº.130.

direcionadas para o trabalho, para o sustento da casa e da família do que com questões relativas a cuidados de saúde, reforçando os papéis historicamente atribuídos aos homens, de que eles têm de prover o sustento da casa, garantindo a subsistência da família. (GOMES et al., 2007, p. 569).

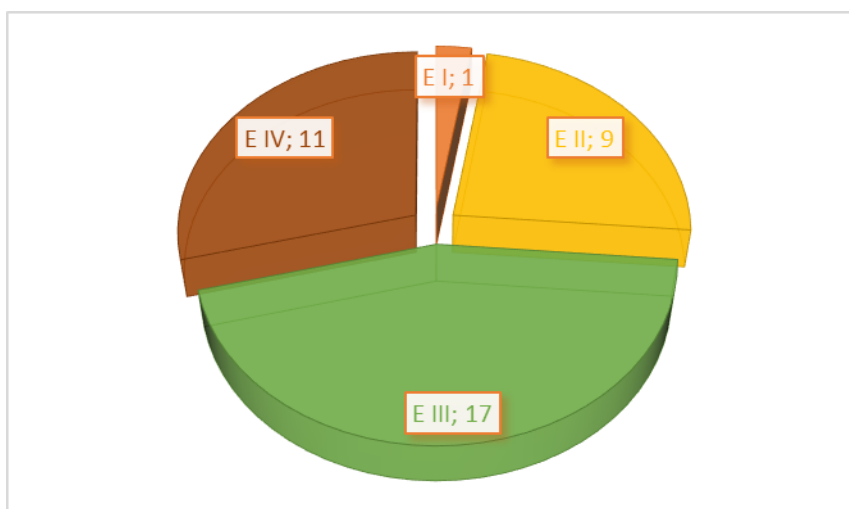
Ocorre que, infelizmente, na maioria das vezes, o câncer de laringe é constatado nas fases avançadas, de modo que a "cirurgia e a radioterapia combinadas não conseguem sucesso superior a 25% de sobrevida em 5 anos"(BRASIL, 2001, p.110). A rouquidão geralmente é o primeiro sintoma apresentado. Pacientes "com história de rouquidão, superior a três semanas de duração, devem ser cuidadosamente examinados, por meio de laringoscopia" (BRASIL, 2001, p. 110).

De acordo com o Gráfico 3, apresentado em sequência, o estadiamento da doença no momento da matrícula no INCA revela que, do total de pacientes identificados, 9 deles (23,68%) apresentavam o Estadiamento II (E II) e apenas 1 deles (2,63 %) apresentava o Estadiamento I (E I). O prontuário desse paciente em particular indicava a realização de procedimentos combinados (quimioterapia e radioterapia) e um tempo maior de tratamento (aproximadamente 3 anos) em comparação aos demais que ingressaram com estádios maiores, que representavam a maior parte dos pacientes: E III (n=17; 44,74%) e E IV (n=11; 28,95%).

Dessa forma, um aspecto fundamental a ser considerado é que os sujeitos da pesquisa efetuaram matrícula no Instituto com a doença já em estadiamento avançado, uma vez que "as pessoas com câncer de laringe em estágio III e IV submetem-se à Laringectomia total para a erradicação do tumor" (HANNICKEL et al., 2002, p. 334), o que indica poucas alternativas para além da retirada total da laringe.

De acordo com estudo realizado por Freitas e Coelho (2009), cuja amostra contou com 691 pacientes submetidos à traqueostomia de urgência nos anos de 2007 e 2008, o sexo masculino teve maior incidência (83,1%), tal como foi exposto anteriormente e que converge com a literatura sobre a temática. Importa dizer, nesse sentido, que a "o impacto da traqueostomia na comunicação do homem pode causar inicialmente uma sensação de impotência e descontrole da situação" (FREITAS, 2012, p.111).

Gráfico 3 – Distribuição de pacientes segundo o estadiamento da doença na matrícula submetidos à LT: INCA/HC1, março de 2014 a maio de 2015



Fonte: Prontuários do INCA/HC I, março de 2014 a maio de 2015.

No que tange ao sexo feminino, verifica-se a escassez de estudos que abordem diretamente as condições de vida das mulheres que fazem uso da traqueostomia. É possível argumentar que este fato se expressa, de certa forma, devido ao número extremamente reduzido de mulheres submetidas à cirurgia em relação aos homens, como indica Freitas (2012).

Considerando-se o tratamento do câncer de laringe, um dos principais objetivos terapêuticos é a preservação da vida do paciente e da sua voz. Como indicam Dietz et al. (2004), o impacto de uma cirurgia na qualidade de vida é inevitável e, no caso da retirada cirúrgica da laringe, denominada laringectomia total (KOWALSKI et al., 2000), o indivíduo perde seu principal meio de comunicação: a voz¹²⁷.

Os tumores “profundamente infiltrantes são mais difíceis de serem avaliados, devido ao fato de serem acompanhados por edema e distorção das estruturas, sendo a laringectomia aplicada nesses pacientes” (BRASIL, 2001, p. 110). Em estudo que avaliou as repercussões da laringectomia total (LT) na rotina dos pacientes, Barbosa et al. (2004) observam que

¹²⁷ A reabilitação vocal é possível através da voz esofágica, que substitui a voz laríngea usando a via digestiva para produzir o som, ou através da utilização de próteses fonatórias (INCA, 2011). Contudo, trata-se de um processo que demanda tempo e pressupõe a participação do usuário em sessões de fonoaudiologia.

a LT afetou diretamente a qualidade do convívio social. A convivência com o traqueostoma, a perda da voz foram consequências limitantes que demandaram readaptações que nem sempre foram facilmente alcançadas. Percebemos a tendência a uma atitude passiva e comportamento de evitação em situações que poderiam confrontá-los com as limitações. Constatamos que os pacientes [...] vivenciaram repercussões psicossociais que afetam suas relações familiares, sociais, ocupacionais e laborais que demandam ajustamento contínuo por parte destes (BARBOSA et al., 2004, p. 54-55).

Como indicado por Guatimosin e Bento (1993), entre as dificuldades encontradas pelos pacientes, figuram "as faltas ao trabalho [...], tratamento fonoterapêutico, visitas ao médico, problemas nutricionais que causam fadiga [...], diminuição da capacidade muscular dos braços (força e habilidade)". (GUATIMOSIN; BENTO, 1993)¹²⁸. Desse modo, Barbosa e Francisco (2011, p.74), em função da sua "localização e ao envolvimento de funções essenciais no desenvolvimento de atividades pessoais e no convívio social, o real impacto da LT só é vivido após a sua completa ocorrência".

Lima et al. (2011), em estudo sobre a avaliação do impacto na qualidade de vida em pacientes com câncer de laringe, citam a perda do emprego, o isolamento em relação ao convívio social e as alterações na voz como as principais mudanças identificadas pelos pacientes no período inicial da doença, o que exige que as ações interdisciplinares na atenção oncológica sejam mais recorrentes e que a problemática seja analisada de forma ampliada pelos profissionais da saúde na abordagem com os usuários e familiares.

Uma importante reflexão, a partir do exposto no presente capítulo, diz respeito às limitações que se colocam no âmbito da política na área da Saúde. Nesse sentido, ao considerarmos a determinação do processo saúde-doença, temos que a possível exposição aos agentes, nas condições e modo de vida dos sujeitos da pesquisa e o acesso à Assistência em Saúde na Alta Complexidade estão intimamente relacionados, evidenciando os limites e obstáculos que impossibilitam o diagnóstico precoce do câncer de laringe. É válido salientar, desse modo, a especificidade do quadro sanitário brasileiro, "marcado pelos contrastes e pela coexistência em uma mesma população de padrões epidemiológicos 'arcaicos' e

¹²⁸ GUATIMOSIN, M. H. E.; BENTO, R. F. Aspectos médicos da reeducação e adaptação de doentes laringectomizados tendo em vista sua mutilação. Revista Bras. Otorrinol, v. 59, ed. 1, jan./mar. 1993. Disponível em: < <http://oldfiles.bjorl.org/conteudo/acervo/acervo.asp?id=2370> > Acesso em: 13 jun. 2016.

'modernos' [...]". (POSSAS, 1989, p. 19).

Assim, no próximo capítulo, são analisadas as demais áreas que compõem o tripé da Seguridade Social no Brasil, a Previdência e a Assistência Social, problematizando a (des)proteção social vivenciada por esses trabalhadores no acesso aos benefícios operacionalizados por essas políticas.

3 O QUE RESTA AOS QUE NÃO TÊM VOZ? A (DES)PROTEÇÃO SOCIAL NOS ÂMBITOS DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL E A DESCARTABILIDADE DOS SUJEITOS

Os ninguéns: os filhos de ninguém, os donos de nada.
 Os ninguéns: os nenhuns, correndo soltos, morrendo a vida, fodidos e mal pagos:
 Que não são embora sejam.
 Que não falam idiomas, falam dialetos.
 Que não praticam religiões, praticam superstições.
 Que não fazem arte, fazem artesanato.
 Que não são seres humanos, são recursos humanos.
 Que não tem cultura, têm folclore.
 Que não têm cara, têm braços.
 Que não têm nome, têm número.
 Que não aparecem na história universal, aparecem nas páginas policiais da imprensa local.
 Os ninguéns, que custam menos do que a bala que os mata.
Eduardo Galeano

Ao refletirmos sobre as causas da desigualdade e da degradação à saúde que os indivíduos enfrentam hoje, temos a possibilidade de identificar os impactos do desenvolvimento capitalista e como eles se expressam na relação saúde-trabalho. As questões relativas à proteção social no capitalismo são particularmente reveladoras dessa relação, que envolve a produção e reprodução da força de trabalho. Assim, neste capítulo, discutimos o acesso dos trabalhadores adoecidos aos benefícios previdenciários/assistenciais e o debate em torno da “assistencialização” da proteção social no Brasil, compreendendo a preponderante influência desses aspectos em relação aos sujeitos da pesquisa. Em seguida, direcionamos a discussão para a problematização da descartabilidade, pelo sistema, dos trabalhadores submetidos à LT, seja pela incapacidade para o trabalho ou pela morte.

3.1 A proteção social no capitalismo

Nesta tese, partimos da compreensão de que a proteção social no capitalismo está revestida de um caráter que vai além do social: trata-se de um processo

contraditório, social, político e econômico (PEREIRA, 2013). Nesse sentido, o conceito de proteção social apresentado no estudo converge, ainda, com a afirmação de Vianna (2004, p.16): “o conceito de Seguridade [...] não tem valor apenas simbólico; trata-se de uma concepção que fundamenta, legitima e permite financiar a expansão da proteção social”. Do mesmo modo, é importante ressaltar que “Seguridade social não se confunde com seguro social, política social, *Welfare State*, Estado de Bem-Estar Social ou Estado Providência” (BOSCHETTI, 2007, p. 91), de forma que cada terminologia expressa as particularidades dos países nos quais se desenvolveram.

De fato, formas de institucionalização diferenciadas foram sendo estabelecidas no capitalismo para atender os momentos da vida que requerem maior atenção, por acentuarem a dependência econômica, a exemplo do envelhecimento, do adoecimento e da ausência de renda, todos até aqui problematizados. Os sistemas de proteção social, nesse sentido, condizem com a seletividade nas formas de

distribuição e redistribuição de bens materiais (como a comida e o dinheiro), quanto de bens culturais (como os saberes), que permitirão a sobrevivência e a integração, sob várias formas, na vida social. Incluo, ainda, os princípios reguladores e as normas que, com intuito de proteção, fazem parte da vida das coletividades. (DI GIOVANNI, 1998, p. 10).

Deriva dessa concepção uma compreensão de proteção social cuja abrangência se espraia para além da sobrevivência, abarcando a perspectiva de cobertura aos diferentes agravos da vida em sociedade, tendo como meta a integração¹²⁹ dos sujeitos. Na atual fase histórica de crise do capitalismo, a proteção social está “no olho do furacão, tanto no espaço geopolítico onde mais se desenvolveu, a Europa, como também no Brasil e demais países da América Latina” (BEHRING, 2013, p. 08). Cada país, por conseguinte, assume responsabilidades em maior ou menor proporção e tais responsabilidades partem de suas necessidades

¹²⁹ Como destaca Rodrigues (2016), a “integração” dos sujeitos na sociedade capitalista, do ponto de vista dos “expoentes da sociologia francesa, como R. Castel (1987) e P. Rosanvallon (1998), [...] decorreria da problemática da solidariedade. Trata-se, portanto, de uma perspectiva teórica que – ao deseconomizar e desistoricizar a questão social, convertendo-a numa questão de coesão social – de modo algum é convergente com aquela que as Diretrizes Curriculares [da formação em Serviço Social] estabelece”, sendo necessária a problematização em torno das armadilhas teóricas “com consequências práticas regressivas, uma vez que conduz ao controle dos desajustes sociais, a uma intervenção, portanto, oposta àquela exigida pelo projeto ético-político” (RODRIGUES, 2016, p. 45).

próprias, que se materializam na organização e na alocação dos recursos na perspectiva de atendê-las.

Para o propósito desta tese, abordamos a estruturação das políticas que compõem a Seguridade Social e sua relação com o trabalho, bem como os reflexos dessa organização no acesso dos sujeitos da pesquisa à Saúde e aos benefícios previdenciários/assistenciais, no contexto específico do Brasil.

Ao fazermos um resgate histórico sobre a relação entre a proteção social e o trabalho, é importante salientar que o Brasil “não conheceu a situação de pleno emprego fordista-keynesiano”¹³⁰(LIPIETZ, 1988, apud BEHRING, 2013, p. 15), sendo relevante destacar que o início da intervenção estatal brasileira na assistência à Saúde tem na Lei Eloy Chaves, editada em 1923, um significativo marco (ELIAS, 2004). Essa lei estabelecia os marcos regulatórios para as aposentadorias, pensões e assistência médica, e, como ressalta o autor, à semelhança dos programas europeus,

[...] essa política pública nasce vinculada ao mundo do trabalho, portanto submetida à lógica setorial corporativa. Entretanto, no caso brasileiro, não se efetivou para abranger o conjunto dos trabalhadores, mas apenas parte deles: justamente aqueles vinculados aos pólos mais dinâmicos da economia, como os ferroviários e os portuários. Seu financiamento dava-se exclusivamente por desconto compulsório na folha de salário, sem qualquer participação de recursos fiscais do Estado. (ELIAS, 2004, p.43).

Desse modo, no Brasil, passa a vigorar a assistência médica previdenciária, “mercantilizada sob a forma de seguro, no qual a garantia do acesso aos serviços de saúde é feita com pagamento mediante desconto compulsório” (ELIAS, 2004, p.43). Elias (2004) acrescenta, ainda, que esse modelo de assistência à saúde privilegiava a população urbana, em detrimento da maior parte rural, voltando-se apenas para a força de trabalho. Entre os trabalhadores, favorecia os situados nos polos dinâmicos de acumulação capitalista anteriormente citados, sem que houvesse alterações significativas até o final da década de 1980. A respeito das ações de Saúde neste período, Possas (1989, p.17) acrescenta que a

[...] dicotomia entre as estruturas de saúde pública, voltadas basicamente aos excluídos ou em relação intermitente com o mercado de trabalho, e as

¹³⁰ De forma que “as políticas keynesianas defendem a intervenção do Estado para se alcançar o pleno emprego e a promoção do bem-estar social (welfare state), opondo-se aos pressupostos defendidos pelo liberalismo, como forma de garantir um padrão mínimo de vida à população” (LIMA FILHO et al., 2014, p. 47), o que, notadamente, não se fez presente no contexto periférico brasileiro.

estruturas de assistência médica curativa aos trabalhadores vinculados à previdência Social, expressa o atendimento a necessidades distintas, identificadas nas condições de morbilidade e mortalidade de distintos setores da população brasileira.

De fato, como indicado por Boschetti (2009, p.08) ao discorrer sobre a Seguridade Social brasileira, o acesso às políticas de Previdência e de Saúde abrangia predominantemente os contribuintes da Previdência Social, de modo que a "Assistência Social manteve-se, ao longo da história, como uma ação pública desprovida de reconhecimento legal como direito, mas associada institucionalmente e financeiramente à Previdência Social". Em relação a esse aspecto em particular, a "Seguridade Social acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência)" (BOSCHETTI, 2009, p. 08).

Elias (2004, p. 44) vai indicar, a partir de Cohn (1980), que "a configuração público/privado na saúde como expressão da sua mercantilização tem sua expressão maior na criação do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS (pós-golpe militar de 1964)". Os anos posteriores não foram diferentes, sendo relevante destacar que, no âmbito interno, a década de 1980 foi considerada uma década de crise (GENTIL, 2006). Destaca-se, em 1988, a promulgação da Constituição Federal, de modo que a Seguridade Social passa a ser efetivamente composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social, próximo ao que se propunha o Estado de Bem-Estar Social¹³¹, em busca de um novo padrão de cidadania.

O governo do primeiro Presidente da República eleito após anos de ditadura, Fernando Collor de Mello (1990-1992), buscou a "ruptura com passado de intervencionismo estatal. Esse novo governo tinha uma estratégia privatizante, de liberalização financeira, abertura dos mercados e desmonte dos mecanismos de proteção" (GENTIL, 2006, p. 128). Ademais, como complementa Salvador (2012, p. 12), "o corolário da legislação pós-Constituição é que pelo menos 40% das receitas

¹³¹ Como destaca Boschetti (2007, p. 92), "a expressão *welfare state* surge e se generaliza a partir de sua utilização na Inglaterra na década de 1940, e designa uma configuração específica de políticas sociais; o conceito seguridade social integra o *welfare state*, mas não se confunde com ele. Por outro lado, a Seguridade Social também pode apresentar características e abrangência diferenciadas, de acordo com as especificidades de cada país, podendo limitar-se aos seguros ou incorporar outros benefícios e políticas sociais".

municipais devem ser alocadas nas áreas de saúde e educação, 25% para educação e 15% para saúde, respectivamente".

Outro importante fator a ser ressaltado é que o marco de "separação" entre as políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social ocorreu no ano de 1990, com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS)¹³². Temos, assim, que a Seguridade Social constitucionalmente prevista não foi efetivada, uma vez que carecia de legislações para a sua operacionalização, sendo atravessada, na década de 1990, pela ideologia neoliberal e pela contrarreforma¹³³ do Estado. (BEHRING, 2003; BOSCHETTI, 2007).

Sobre esse aspecto em particular, Salvador (2012) destaca que é o orçamento público que confere "concretude à ação planejada do Estado", revelando, assim, quais políticas públicas serão priorizadas pelo governo. Como indica o mesmo autor, "o fundo público deve assegurar recursos suficientes para o financiamento das políticas sociais" (SALVADOR, 2012, p. 05). Verifica-se, como indicado por Salvador (2012), Behring (2003), entre outros, a não concretização da Seguridade Social tal como prevista constitucionalmente, uma vez que não houve uma integração institucional e a gestão manteve-se desarticulada, o que não corresponde à integralidade das ações, expressa no fato de as políticas, ainda hoje, estarem organizadas em ministérios próprios e possuírem fontes de financiamento específicas. Verifica-se que "a concretização de um sistema Seguridade Social, informado pela concepção de proteção integral não foi estabelecido e, logo, representa um desafio no campo da política pública" (MIOTO; SCHUTZ, 2011, p.2).

Outro aspecto relevante é que, a partir da criação do INSS, como aponta Gentil (2006), no que tange à Previdência Social, propostas elaboradas pelo governo visavam reduzir as responsabilidades do Estado, pois a expansão dos direitos sociais já era apontada como importante fator para o *déficit* fiscal do país. Nesse sentido, Gentil (2016) vai sinalizar que

¹³² Decreto nº 99.350 – de 27 de junho de 1990 – DOU de 28/6/90. Cria o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, define sua Estrutura Básica e o Quadro Distributivo de Cargos e Funções do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores de suas Unidades Centrais, e dá outras providências (BRASIL, 1990b).

¹³³ Medidas caracterizadas, principalmente, pelo desmonte das conquistas relativas à proteção social. Como indica Granemann (2004, p. 30), por contrarreforma compreende-se as "alterações regressivas nos direitos do mundo do trabalho. As contrarreformas, em geral, alteram os marcos legais [...] já alcançados em determinado momento pela luta de classe em um dado país".

A estratégia que se impunha e que se ajustava ao conteúdo ideológico do *mainstream* da ciência econômica baseava-se na noção de seguro social em substituição à recente seguridade social implantada. Falava-se em focalização e não mais universalização. A privatização em alguns países da América Latina (parcial ou total, dependendo dos rumos tomados pelos acordos políticos em cada país) inspirava ideias de mudança radical no sistema recém-criado no Brasil. O FMI e o Banco Mundial faziam diagnósticos e prescrições que norteavam os novos padrões arquitetônicos dos sistemas de previdência no terceiro mundo e que, no Brasil, encontravam grande receptividade (GENTIL, 2016, p. 128).

Segundo Gentil (2006) e Fagnani (2005), foi inegável a negação de direitos constitucionais, materializada através das contrarreformas – que no governo de Itamar Franco, entre os anos de 1993 e 1994, expressaram-se nas propostas de reforma previdenciária, com a Revisão Constitucional em 1993 – contribuindo para a “propagação de ideias de redução da participação do Estado na proteção social” (GENTIL, 2006, p.130), cuja continuidade ocorreu, de fato, “nos períodos de 1995-1998 e 1999-2002, quando Fernando Henrique Cardoso esteve no governo, [com] um forte impulso na agenda de reforma da previdência” (GENTIL, 2006, p. 130,). Verifica-se, no governo em questão, que

Depois de várias medidas provisórias e leis ordinárias, em dezembro de 1998, foi feita, então, a primeira reforma de peso do governo de F. H. Cardoso, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 20, que mudou um conjunto de regras do RGPS e o RPPS¹³⁴. As justificativas para a realização dessas alterações no texto constitucional estavam baseadas, mais uma vez, na tão veementemente defendida necessidade de conter os desequilíbrios no sistema e aperfeiçoar a sua gestão. O discurso oficial reiterava, como se fosse uma verdade indiscutível, o diagnóstico de inviabilidade financeira do sistema previdenciário. Por consequência, a reforma foi arquitetada para dar tratamento fiscal a uma política social (GENTIL, 2006, p. 133).

É importante destacar que a Emenda Constitucional nº 20, conforme citado anteriormente, criou a necessidade de comprovar o tempo de contribuição, extinguindo-se a aposentadoria por tempo de serviço e, para os trabalhadores e funcionários públicos ativos, estipulou uma regra de transição: a idade mínima para a aposentadoria (53 anos para os homens e 48 para mulheres¹³⁵). No caso do

¹³⁴ Regime Geral de Previdência Social e Regime Próprio de Previdência Social, respectivamente.

¹³⁵ Sendo importante lembrar que, “antes da reforma, a idade média de aposentadoria era de 48,9 anos. Em 2001, a idade média chegou a 54,1 anos – ou seja, um crescimento de 5,2 anos na média etária da aposentadoria por tempo de contribuição em relação a 1998” (PINHEIRO, 2004 apud GENTIL, 2006, p.142).

servidor público, além desses critérios, determinou 5 anos de exercício no cargo (BRASIL, 1988).

A segunda reforma da Previdência Social ocorreu em 2003, no início do governo de Luís Inácio Lula da Silva, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 41, de 19/12/2003, cujo foco era modificar legislação da previdência dos servidores. Essa reforma “retomou os pontos atinentes ao regime dos servidores que foram derrotados durante a reforma promovida por FHC” (MARQUES; MENDES, 2004, p. 07). No entanto, uma marca importante dos mandatos de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2011) e da sua sucessora, a Presidenta Dilma Rousseff (2011-2016) foi a consolidação de Programas de Transferência de Renda, a exemplo do Programa Bolsa Família (PBF)¹³⁶, que

[...] é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país. O Bolsa Família integra o Plano Brasil Sem Miséria, que tem como foco de atuação os milhões de brasileiros com renda familiar per capita inferior a R\$ 77 mensais¹³⁷ e está baseado na garantia de renda, inclusão produtiva e no acesso aos serviços públicos (BRASIL, 2014f)¹³⁸.

Como destaca Rodrigues (2016, p. 36), “com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), em 2004, assistimos a um inédito investimento do Estado na assistência social”, de modo que “a PNAS e o SUAS sugerem até mesmo um inteiro corte com o tratamento dispensado à Assistência Social pela era neoliberal de Fernando Henrique Cardoso (FHC)” (RODRIGUES, 2016, p. 37). Contudo, os programas e projetos voltados ao enfrentamento da pobreza, que são conduzidos

¹³⁶ A partir do governo Lula, em 2003, ocorreram inflexões na área social que desencadearam o PBF. “Esse Programa teve inicialmente o intuito de centralizar os inúmeros programas de distribuição de renda existentes. Desse modo, o Bolsa Família é fruto da unificação dos programas de transferência de renda do governo federal, ou seja, Bolsa Alimentação (Ministério da Saúde), Auxílio Gás (Ministério das Minas e Energias), Bolsa Escola (Ministério da Educação) e o Cartão Alimentação (Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome). O objetivo dessa união foi a redução dos gastos administrativos, a partir de uma gestão coordenada e integrada intersetorialmente” (ZIMMERMANN, 2006, p. 151).

¹³⁷ Atualmente, “os benefícios oferecidos pelo programa Bolsa Família são voltados às famílias em estado de extrema pobreza que possuem renda per capita menor que R\$ 85,00 ou aquelas em estado de pobreza, que possuem renda per capita de R\$ 85,01 a R\$ 170,00. Famílias que possuem em sua composição familiar crianças e/ou adolescentes com idade limite de até 17 anos que frequentem a escola regularmente e/ou gestantes também têm direito aos benefícios do Bolsa Família”. (BRASIL, 2015b).

¹³⁸ BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Bolsa Família. [2014f]. Disponível em: <www.mds.gov.br/bolsafamilia>. Acesso em: 08 de ago. 2017.

atualmente pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)¹³⁹, são constantemente questionados quanto a sua efetividade na vida dos usuários abrangidos pelas ações, bem como são acusados de onerar a economia nacional¹⁴⁰.

Por seu turno, Michel Temer, que assumiu a Presidência da República de forma ilegítima em 2016¹⁴¹, vem realizando cortes expressivos em relação ao PBF. Ao cruzar os bancos de dados do INSS, do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), entre outros, o governo Temer, em novembro de 2016, promoveu o “cancelamento de 469 mil (3,3%) e o bloqueio de 654 mil (4,7%)” benefícios relativos ao PBF. (BRASIL, 2016d)¹⁴².

Diante disso, podemos dizer que no Brasil, recorrentemente, o discurso neoliberal aponta para centralidade da reforma previdenciária no país, utilizando como argumentos o *déficit* fiscal decorrente dos benefícios incorporados à Constituição de 1988 – justificativa incoerente, como aponta Gentil (2006)¹⁴³ –, a queda na taxa de crescimento populacional e o aumento da expectativa de vida, bem como os programas de transferência de renda e assistenciais de um modo geral. De fato, é importante destacar que o cenário brasileiro, desde a década de

¹³⁹ A esse respeito, no caso específico do PBF, para além dos questionamentos explicitados no texto, “as condicionalidades têm suscitado um intenso debate na literatura especializada, dividindo opiniões entre analistas, gestores, profissionais, movimentos sociais e opinião pública”, que problematizam a “(in)compatibilidade das condicionalidades com a lógica dos direitos de cidadania [...] em torno de concepções sobre dever moral dos pobres (MEDEIROS et al, 2007) ou mesmo a pertinência e/ou adequação do tipo de condicionalidades aos objetivos enunciados pelo programa” (SENNA et al., 2016, p. 149).

¹⁴⁰ Nesse sentido, ainda com a contribuição de Rodrigues (2016, p. 39), é importante assinalar que “ao longo de mais de uma década, os programas e ações sociais do PT, ainda que efêmeros e emergenciais, alteraram de uma maneira inteiramente inédita as condições de vida de uma parcela expressiva dos subalternos: modificaram-nas sob a ótica do direito, e não da costumeira cultura da benemerência e do favor, instituindo pela primeira vez orgulho e dignidade cidadãos a segmentos das camadas laboriosas (uma massa de trabalhadores autônomos, desempregados e subempregados) que estiveram à margem dos direitos sociais erigidos, desde o Estado Novo, sob uma cidadania hierarquizada e regulada pelo trabalho”.

¹⁴¹ Conforme indica Braz (2017, p. 99), o impeachment de Dilma Rousseff em 2016 deu origem a um “governo ilegítimo, sem voto, impopular, fruto de uma fraude. Tal ilegitimidade está sendo questionada em fóruns internacionais e tem colocado alguma dificuldade para o reconhecimento do governo, como se viu na última assembleia da ONU realizada em setembro [de 2016]”.

¹⁴² BRASIL. Portal Brasil. Governo encontra irregularidades em 1,1 milhão de benefícios do Bolsa Família. [2016d]. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2016/11/governo-encontra-irregularidades-em-1-1-milhao-de-beneficios-do-bolsa-familia>. Acesso em: 26 jan. 2018.

¹⁴³ Gentil (2006), ao contrário do argumento do déficit fiscal, aponta para a ocorrência de um superávit da Seguridade Social.

1990, não foi favorável à implementação das conquistas constitucionais, espalhando-se no país a política neoliberal, adequada aos interesses e ditames da economia internacional. A Seguridade Social, nesse sentido, sofreu os impactos diretos desse contexto adverso.

É interessante observar, nesse contexto, que, a exemplo da epidemiologia tradicional hegemônica na Saúde, apresentada no capítulo inicial da tese, o conceito de risco¹⁴⁴ perpassa também a lógica das políticas de Previdência e Assistência Social no capitalismo, uma vez que ambas intervêm, de acordo com critérios de elegibilidade de cada política, especificamente nas situações de desemprego involuntário, invalidez, acidente do trabalho, doenças profissionais etc, ou seja, de forma paliativa.

Daí, apreendemos que as políticas sociais encontram-se extremamente subordinadas à política econômica, característica marcante do nosso sistema de proteção social, assumindo o Estado a função de regulá-lo, valendo-se, para isso, de instrumentos regulatórios diversos, exemplo dos critérios/condicionalidades para acesso aos benefícios previdenciários/assistenciais.

Desse modo, não podemos desconsiderar a Seguridade Social como alvo das investidas do capitalismo para adequá-la aos seus interesses e, ao mesmo tempo, a sua característica de inovar em relação “ao padrão clássico de proteção social brasileiro, ao trazer os princípios de universalização dos direitos de cidadania e de responsabilidade pública e estatal na provisão e financiamento dos serviços sociais” (SENNA; MONNERAT, 2008, p. 193). Nesse sentido, tornam-se evidentes os rebatimentos da ofensiva do capital em relação aos direitos sociais, “moldando” o público-alvo das políticas que compõem o tripé da Seguridade Social.

Decorrente do exposto, outro aspecto que merece destaque é o fato de a Previdência e a Assistência Social apresentarem diferenciações no que tange aos critérios para acesso aos benefícios previdenciários e assistenciais. Como indicado por Barros (2013), em estudo que avaliou a trajetória dos pacientes oncológicos de

¹⁴⁴ Para Sposati (2009, p. 29), “proteção significa prevenção, o que supõe a redução de fragilidade aos riscos, que podem ser permanentes ou temporários, e que passam a fazer parte do exame da questão do enfrentamento de riscos sociais”. Carvalho (2015, p. 145), por sua vez, valendo-se da contribuição teórica de Florestan Fernandes, propõe a problematização de conceitos como “exclusão”, “risco social” e “vulnerabilidade”, uma vez que “a função ideológica destes é velar os fundamentos das relações sociais de produção capitalista” (CARVALHO, 2015, p. 146).

um hospital público na busca pelo acesso aos benefícios previdenciários e/ou assistenciais, uma importante característica presente na estruturação da Seguridade Social brasileira é a preocupação com a proteção relativa ao trabalho, através das políticas de Previdência Social (sistema contributivo), e da Assistência Social, essencial ao considerarmos a sobrevivência diante da ausência de renda. Ademais, a autora sinaliza a diferenciação na operacionalização dos benefícios relativos à Previdência e à Assistência Social: os benefícios previdenciários são avaliados mediante a consideração da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), enquanto que os assistenciais têm como critério de avaliação a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF).

Esse duplo caráter deriva do fato de, no Brasil, a Seguridade Social se organizar a partir de características tanto do modelo alemão bismarckiano – sistema de seguros destinados aos trabalhadores, por meio de contribuição – quanto do modelo inglês beveridgiano, em que os "direitos têm caráter universal, destinados a todos os cidadãos incondicionalmente, desde que garantidos os mínimos sociais a todos em condições de necessidade" (BOSCHETTI, 2009, p.2).

Aos trabalhadores adoecidos que têm reconhecida a qualidade de segurados junto ao INSS, a Previdência Social prevê a concessão dos benefícios de auxílio-doença, auxílio-doença acidentário e aposentadoria por invalidez. O acesso é viabilizado após a realização de perícia médica, que verifica a incapacidade para o trabalho com base na Classificação Internacional de Doenças (CID) (INSS,2010).

É importante destacar que a perícia médica, como “ato médico destinado a coletar elementos probatórios” (ALMEIDA, 2017, p. 01), constitui-se uma das ações médicas de “maior assimetria de poder entre o médico e o paciente (aqui melhor designado periciado), pois não há troca, mas coleta, fluxo quase unilateral de informações” (ALMEIDA, 2017, p. 01). Almeida (2017), vai ressaltar, ainda, que o exame médico-pericial ocorre em meio a “interesses conflituosos”, de modo que

O perito médico previdenciário avalia a incapacidade temporária decorrente de doença e reconhece o direito ao benefício por incapacidade, determinando a data de sua cessação e o retorno do trabalhador ao emprego. Nesse momento, pode haver divergências entre os profissionais médicos. Para a Previdência, a incapacidade cessa quando há recuperação plena da função ou quando determinada lesão se consolida (sequela), cessando a evolução da doença. O médico do trabalho zela pela saúde e pela integridade dos trabalhadores sob sua responsabilidade, estando eticamente impedido de atuar como perito destes. Compete-lhe conhecer os

riscos e agentes nocivos à saúde encontrados no ambiente e nos processos produtivos, a fim de controlar as exposições e prevenir doenças decorrentes (2017, p. 04).

Com relação ao BPC, o fundamento legal para a sua concessão, como indica Gervasio (2017, p. 16), é o "Artigo 203 da Constituição Federal e leis n. 8.742/1993 n. 12.435/2011 e n. 12.470/2011". O detentor do BPC/LOAS encontra-se impossibilitado de receber qualquer outro benefício, seja previdenciário ou assistencial, de forma cumulativa, constituindo uma importante característica o fato de este não ser considerado um benefício previdenciário, embora a sua concessão e administração estejam subordinadas ao INSS. Outro aspecto significativo relativo ao benefício em questão é o fato de que ele, "frequentemente, é usado como alternativa pelos trabalhadores que perderam a qualidade de segurado da previdência social" (BIDÁ, 2017, p. 37). Verifica-se, desse modo, que o trabalho, apesar de ser considerado um direito social constitucionalmente garantido¹⁴⁵, não é extensivo a todos. De fato, esta característica não impede que ele seja elemento central no modelo de Seguridade Social, uma vez que é o divisor de águas que define quem vai receber os benefícios previdenciários, voltados apenas aos trabalhadores contribuintes, ou, de outro modo, a assistência aos impossibilitados de trabalhar e/ou contribuir. (PEREIRA, 1996). Ademais, a lógica previdenciária não abrange a proteção concreta de todos os membros da sociedade. O acesso aos benefícios concedidos pelo INSS é restrito ao critério contributivo, não obstante todos contribuam através do trabalho para a acumulação no capitalismo. (CARTAXO; CORDEIRO, 2009).

É importante atentar para o fato de que a (des)proteção é vivenciada pelo trabalhador não apenas a partir do adoecimento, mas é anterior a ele. Como já exposto, considera-se nesta tese, através do caso exemplar da LT, que a (des)proteção dos trabalhadores encontra-se representada na possível exposição ocupacional e a agentes externos, nas dificuldades encontradas no acesso à Saúde na Alta Complexidade, bem como no não reconhecimento, pela

¹⁴⁵ Como assinala Pessoa (2011, p. 01), "o direito ao trabalho é garantido pela Constituição Federal em seu 6º artigo no rol dos direitos sociais. Do artigo 7º ao 11º estão previstos os principais direitos para os trabalhadores que atuam sob a lei brasileira, assim como a Consolidação das Leis de Trabalho. No entanto não existe um instrumento formal que garanta trabalho aos brasileiros, o que existem são leis que visam assistir e amparar o trabalhador [...] e que ele não trabalhe de forma insalubre ou prejudicial, tendo subsídios suficientes para uma vida saudável e digna".

Previdência e Assistência Social, do acesso aos benefícios operacionalizados por essas políticas.

Outra questão que se faz presente na atuação junto aos pacientes e seus familiares/rede de apoio é o fato de que, independentemente da idade do usuário (criança, adolescente, adulto, idoso) ou da gravidade do adoecimento, não há amparo legal para que o acompanhante que trabalha com vínculo celetista¹⁴⁶ possa ausentar-se do trabalho e manter a sua remuneração durante o período de afastamento da atividade laborativa.

Não raro, as pessoas nessas condições recorrem ao Serviço Social para obter do profissional informações sobre alguma alternativa em relação a esse aspecto, uma vez que os pacientes dividem a enfermaria com outros usuários, geralmente acompanhados por pessoas que chegaram ao extremo de pedirem demissão de seus empregos para realizarem os cuidados necessários. Numa condição mais rara, ainda, familiares que são servidores públicos e que têm amparo legal no que tange à licença remunerada¹⁴⁷ para acompanhamento de familiar, seja no hospital ou fora dele.

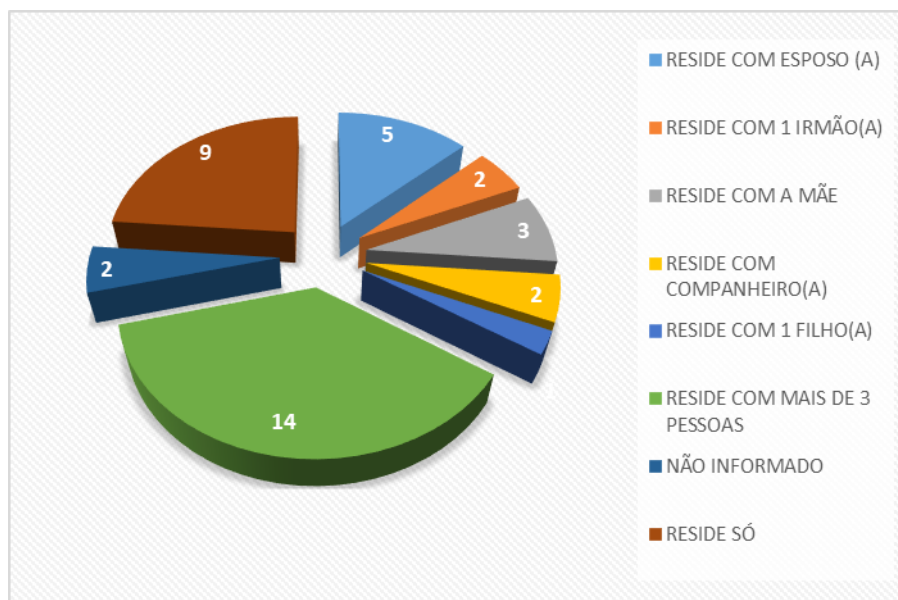
Considerando as informações do Gráfico 4, apresentado em sequência, temos que uma parte significativa dos pacientes reside com mais de 3 pessoas (n=14; 36,84%), seguida pelo número de pacientes que residem sós (n= 9; 23,68%). Dentre os pacientes que residem sós, a renda média mensal¹⁴⁸ é em torno de R\$ 1.000,00, sendo um dado alarmante o fato de aproximadamente metade deles estar em situação de desemprego.

¹⁴⁶ É válido destacar que já há um movimento para resolver essa distinção, mais precisamente um grupo em torno de "[...] 54 projetos de lei em tramitação na Câmara [...] (PL principal 2012/2011, com 53 apensados). Vários deles propõem estender o direito de se afastar do serviço para cuidar de familiar também para trabalhadores celetistas. Existem diferentes propostas sobre o período que deveria ser permitido para esse tipo de afastamento sem desconto no salário, desde 15 dias até a equiparação com o do funcionalismo público, de 60 dias". (BRASIL, 2016e).

¹⁴⁷ Trata-se de "licença ao servidor por motivo de doença do cônjuge ou companheiro, dos pais, dos filhos, do padrasto ou madrasta e enteado, ou dependente que viva a suas expensas e conste do seu assentamento funcional, mediante comprovação por perícia médica oficial". Previsão legal: Lei nº 12.269, de 21/06/10, que alterou o texto do §2º do artigo 83 da Lei nº 8.112/90 (BRASIL, 2010b).

¹⁴⁸ Sendo relevante destacar que, de acordo com o IBGE (2018), o rendimento médio real de todos os trabalhos, habitualmente recebido por mês, pelas pessoas de 14 anos ou mais de idade, ocupadas no período compreendido entre os meses de outubro a dezembro de 2017, foi de R\$ 2.154,00, superior ao apresentado pelos sujeitos da pesquisa.

Gráfico 4 – Distribuição de pacientes submetidos à LT segundo composição familiar: INCA/HC I, março de 2014 a maio de 2015



Fonte: INCA/HC I, março de 2014 a maio de 2015.

Dentre os que residem com mais de 3 pessoas, foi identificado que 7 pacientes (18,42%) possuem moradia alugada, 3 dentre eles informando não possuírem renda alguma¹⁴⁹, em lares compostos predominantemente por crianças, adolescentes e adultos desempregados, sendo a renda média mensal desse grupo de aproximadamente R\$ 1.000,00. A esse respeito, Camarano e Fernandes (2015) apontam a tendência, por parte dos idosos menos escolarizados e que exerceram ocupações mais dependentes de força física, da “saída do mercado de trabalho sem aposentadoria”, num processo que seria, de acordo com as autoras, um “reflexo das dificuldades de inserção no mercado de trabalho” (CAMARANO; FERNANDES, 2015, p. 10).

Contudo, diante do exposto ao longo do estudo, especialmente no capítulo anterior ao abordarmos a inserção profissional dos sujeitos da pesquisa, concebemos que a (des)proteção social vivenciada por esses trabalhadores

¹⁴⁹ Nos 3 casos em questão verificou-se nos registros em prontuário que o aluguel da residência era pago por familiares e/ou pessoas ligadas aos pacientes através do vínculo religioso (2 usuários) ou profissional (1 usuário), o que vem a confirmar a ausência de renda informada em prontuário. Ademais, as avaliações sociais apontavam, de modo geral, para residências compostas em sua maioria por crianças e adolescentes, bem como adultos desempregados e sem renda de outra fonte.

contribui para essa “saída” do mercado de trabalho, sem garantias de cobertura previdenciária no momento em que mais necessitam, qual seja, ao envelhecerem e/ou adoecerem. Nesse contexto, o adoecimento por câncer desencadeia transformações importantes para o paciente, com fortes “implicações sociais, emocionais e físicas, além de agravar dificuldades referentes à falta de recursos econômicos e de vínculos familiares, situações potencialmente geradoras de conflito” (ALCANTARA et al., 2013, p.2508).

Sobre a coabitação explicitada anteriormente, Coutrim (2006, p. 368) assinala a existência de uma “necessidade econômica, mesmo sem condições de cuidado adequado do idoso ou relação satisfatória de afetividade entre os familiares”. Camarano e El Ghaouri (2003) apontam, a esse respeito, que as alterações nos arranjos familiares, no Brasil, sofreram extrema influência da Previdência Social. Exemplo disso, como sinalizam as autoras em seu estudo, é “que a relação entre co-residência e níveis de bem-estar depende do contexto socioeconômico, das políticas sociais e não apenas das características individuais e preferências”, identificando que, “no caso brasileiro, predominam os arranjos do tipo idoso(a) com filho. Além disso, em 86% das famílias onde residem idosos, estes são os chefes ou cônjuges”. (CAMARANO; EL GHAOURI, 2003, p.1).

Outro percentual significativo é que do total de pacientes casados da pesquisa (n=12; 31,57%), apenas 5 deles (13,15%) esteja residindo com o cônjuge, o que indica a possibilidade de separação de corpos sem que tenha ocorrido o divórcio. Sobre esse aspecto, Camarano e Fernandes (2015, p.19) indicam o aumento da proporção de idosos separados entre os anos 1993-2013, “de 8,5% para 12,8%”, respectivamente. Entre os 5 pacientes casados que residem com o cônjuge, a renda média mensal é mais elevada (R\$ 1.427,00) em comparação aos demais, estando dois deles aposentados por idade, 1 deles aposentado por tempo de contribuição, 1 detentor de BPC/LOAS e 1 desempregado (não contribuindo com a Previdência Social). Foram identificados ainda 2 pacientes que residiam com a mãe, 1 usuário residindo com filho(a), 2 residindo com companheiro(a) e 1 deles não informado.

Ao refletirmos sobre a (des)proteção social no contexto da determinação social do processo saúde-doença dos trabalhadores – em sua maioria idosos e provenientes da Construção Civil –, somos convocados a pensar de forma ampla

sobre o quanto o discurso oficial está voltado a defender “a necessidade de políticas públicas que contribuam para incentivar uma permanência mais longa das pessoas de idade mais avançada nas atividades econômicas” (CAMARANO; FERNANDES, 2015, p. 22), sublimando a característica desigualdade existente num país periférico como o Brasil, tendo papel de destaque, na presente pesquisa, a precariedade dos vínculos trabalhistas – expressa no desemprego e na informalidade –, e a discussão em torno da “assistencialização” da Seguridade Social, com sérias repercussões para o acesso à proteção social.

3.1.1 Proteção social: a demanda dos sujeitos da pesquisa e o debate sobre a “assistencialização” da Seguridade Social no Brasil

A tendência é transferir aos indivíduos e suas famílias – apesar da precariedade, as condições de sua sobrevivência – a responsabilidade de criar condições para o enfrentamento das desigualdades, o que se expressa nas condicionalidades para o acesso às políticas públicas.

Marilda Iamamoto

Ao considerarmos a Construção Civil no Brasil, como ramo de atividade que se destacou entre os sujeitos da pesquisa, temos que esta foi, nos últimos anos, alavancada pela Copa do Mundo e pelas Olimpíadas, com estádios e equipamentos esportivos sendo erguidos, além das obras do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) e do "programa habitacional do Governo Federal, o 'Minha Casa Minha Vida', de modo que milhões de casas e apartamentos estão sendo construídos no país". (BARROS, 2015, p.2).

Não obstante, sobre o Programa Minha Casa Minha Vida, é importante salientar a relevante discussão de Pereira (2012, p. 386)¹⁵⁰, que, ao abordar as características da acumulação burguesa frente à questão habitacional no Brasil, o

¹⁵⁰ A autora acrescenta que "os investimentos realizados pelo Programa Minha Casa Minha Vida, os quais não respeitam os princípios e lógica construída pelo Movimento Nacional pela Reforma Urbana (MNRU), composto pelos movimentos sociais de luta por moradia e saneamento, materializada no Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social (FNHIS) e sua forma sistêmica de participação, gestão e de controle social proposta a partir da instituição do Conselho das Cidades (ConCidades) (PEREIRA, 2012, p.389).

situa "dentro da lógica focalista e segmentada setorialmente, fazendo prevalecer a racionalidade de acesso à moradia limitada à aquisição de unidade habitacional".

Assim, a despeito dos investimentos bilionários e da massiva geração de emprego, o ramo ainda convive com o dilema das más condições de trabalho, dos “alojamentos precários, riscos à integridade física e jornadas acima do limite permitido [...], sem falar na alta taxa de informalidade: de cada dez trabalhadores, só quatro têm carteira assinada” (BARROS, 2015). No que se refere à precariedade dos postos de trabalho, ressaltamos que as relações de trabalho nesse setor econômico ainda são perpassadas pela realidade de um país periférico, como é o caso do Brasil, o que corrobora com os processos de (des)proteção social, conforme vem sendo argumentado em nossa exposição. Nesse sentido, concordamos com Mota (2013, p. 83), ao assinalar que

a potenciação da exploração do trabalho, através da sua precarização, pode ser compreendida como um processo de desvalorização da força de trabalho, que se faz mediante: a violação do valor do trabalho socialmente necessário, através da redução dos salários/remuneração do trabalhador, restringindo sua reprodução e a de sua família aos mínimos de sobrevivência, portanto, abaixo dos 'padrões normais' socialmente vigentes em cada sociedade (materiais, culturais e morais); a redução da qualidade e do tempo real de vida do trabalhador pelo desgaste psicofísico do trabalho; o sitiamento de qualquer projeto de vida do trabalhador e sua família (ético político, pessoal, social), empobrecendo suas objetivações e ideários, dada a centralidade da luta pela sobrevivência, a insegurança, as incertezas e os riscos do trabalho; a fratura da organização e da solidariedade coletivas das classes trabalhadoras, determinada pelo esgarçamento da vivência coletiva do trabalho, pela concorrência entre os trabalhadores etc.

Complementando a argumentação de Mota (2013), cabe destacar a predominância do desenvolvimento alicerçado na exploração: “o processo de subordinação da força de trabalho produtiva ao capital” (IANNI, 1981, p. 25). Sob esse prisma, a indústria da Construção Civil, em especial, e o desenvolvimento econômico estão contraditória e intrinsecamente ligados, visto que a Construção Civil promove incrementos capazes de elevar o crescimento econômico, ao passo que a sua força de trabalho convive com relações e condições de trabalho precarizadas, sem garantia de proteção social, inclusive no que tange às doenças relacionadas ao trabalho desempenhado.

Um dos mais recentes ataques aos trabalhadores, e que impacta sobremaneira os da Construção Civil, é a reforma trabalhista do governo, que, em vigor desde novembro de 2017, estabeleceu critérios para contratação de uma

categoria de serviço, até então não prevista na CLT: o trabalho intermitente¹⁵¹. Tal modalidade de contrato atende especialmente aos interesses do contratante, na medida em que o trabalhador, já contratado, permanecerá à disposição da empresa até que seja convocado para o trabalho, e, só então, receberá sua remuneração pelas horas efetivamente trabalhadas. Em suma, trata-se de uma tentativa de "legalizar" o "biscate", tendo como consequência a redução de direitos trabalhistas conquistados.

Nesse sentido, destaca-se que, no que se refere aos atendimentos realizados aos pacientes do INCA, verificamos, também, casos em que o trabalhador, ainda que com condição de segurado, recorre ao BPC, destinado à pessoa com deficiência e aos idosos com renda insuficiente, por não ter conseguido acesso ao auxílio-doença, e, mesmo apresentando debilidade física e econômica, não consegue acessar o BPC, ficando sem renda alguma.

Em nosso estudo, foi possível identificar 2 pacientes (sendo um deles idoso) que recorreram à esfera judicial contra o indeferimento pelo INSS dos benefícios de auxílio-doença e BPC/LOAS, permanecendo sem renda e desempregados após o procedimento de LT. Nos dois casos, os pacientes recorreram ao Serviço Social para orientações sobre como proceder diante da negativa do judiciário. Salvador (2007), nesse sentido, afirma a “distância enorme entre o direito assegurado em lei e as ferramentas utilizadas pelo INSS a denegar o direito ao benefício auxílio-doença acidentário ao segurado acidentado e ou que haja desenvolvido doença ocupacional” (SALVADOR, 2007, p. 01).

A informação constante na Figura 3, que retrata uma matéria da mídia nacional publicada em agosto de 2016 sobre a significativa judicialização do acesso aos benefícios negados pelo INSS (GUIMARÃES, 2016), é proveniente do Boletim Estatístico da Previdência Social (BEPS), relatório que apresenta o balanço mensal do INSS e informa que os requerimentos negados entre janeiro e junho de 2015 somaram 1,68 milhão de pedidos.

¹⁵¹ Segundo o artigo 452-A, da Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017 (BRASIL, 2017).

Figura 3 – Sentenças judiciais contra a decisão do INSS: Brasil, janeiro a junho de 2015

Com aumento de benefícios negados, INSS encara alta de 18,4% nas sentenças judiciais

Valor da despesa com processos cresceu de R\$ 457 milhões para R\$ 542 milhões por mês

Fonte: (Guimarães, 2016)¹⁵²

Por outro lado, verifica-se a subnotificação de doenças e acidentes de trabalho, problema amplamente documentado em várias pesquisas realizadas no Brasil, como já exposto nesta tese. Essa subnotificação é ainda maior para os agravos à saúde relacionados às substâncias tóxicas, a exemplo do amianto e outras substâncias, devido ao grande período entre a exposição, o surgimento de sintomas e o diagnóstico da doença, muitas vezes descoberta em estadiamento avançado, como exemplificado na tese, através dos sujeitos da pesquisa, em sua maioria trabalhadores da Construção Civil.

Entre outros problemas que limitam o reconhecimento desses agravos e o registro, o despreparo dos profissionais da Saúde em relação ao diagnóstico é recorrentemente ressaltado pelos usuários atendidos, uma vez que as neoplasias demandam exames e serviços de alta densidade tecnológica _ conforme abordamos no segundo capítulo _ e muitos são os diagnósticos equivocados. Como ressaltava Grabois (2011, p.21), “os médicos da atenção primária precisam ser treinados para identificar os problemas de saúde quando a doença encontra-se nos estágios iniciais”. Além desse aspecto, os pacientes, muitas vezes, apresentam dificuldades em lembrar de forma detalhada a sua trajetória ocupacional (tempo exato de permanência em cada atividade, por exemplo), não relacionando adequadamente a atividade de trabalho com a exposição às substâncias, até mesmo pelo desconhecimento da toxicidade envolvida no processo.

Nesse sentido, chama a atenção o fato de apenas 2 (5,26%) pacientes da pesquisa, num universo de 11 (28,94%) usuários que se encontravam em situação de desemprego, terem recorrido à justiça para reivindicar o acesso à proteção social,

¹⁵² GUIMARÃES, J. Com aumento de benefícios negados, INSS encara alta de 18,4% nas sentenças judiciais. Disponível em: <<http://noticias.r7.com/economia/com-aumento-de-beneficios-negados-inss-encara-alta-de-184-nas-sentencas-judiciais-19082016>>. Acesso em: 31 out. 2016.

o que pode indicar desde a descrença em relação à efetividade da ação até dificuldades relacionadas ao acesso ao sistema judiciário.

A trajetória de trabalho dos usuários, marcada pela inserção informal no mercado de trabalho e, conseqüentemente, pela dificuldade em obter o benefício previdenciário decorrente do vínculo formal e de uma contribuição prévia, de modo geral, expressa uma característica presente na realidade brasileira: a intensa correlação de forças para grandes parcelas da população, que ainda hoje, mesmo após a Constituição Federal de 1988 e a regulamentação da Seguridade Social, encontram-se sem vínculo formal de trabalho, “sendo a informalidade mais comum nos setores de serviços, comércio, Construção Civil e agricultura, e entre aqueles com menor escolaridade” (PONTES, 2017)¹⁵³.

A Previdência Social brasileira não abarca o conjunto dos trabalhadores ocupados, como podemos confirmar pelos dados apresentados na Tabela 5, apresentada em sequência, na qual visualizamos a distribuição da informalidade segundo as diversas atividades econômicas, o que vai ao encontro dos resultados do estudo.

Considerando as políticas de Previdência e Assistência Social e relacionando à hipótese de pesquisa, que é a (des)proteção social dos trabalhadores num contexto de desenvolvimento capitalista desigual, a análise da incapacidade laborativa ilustrada pelos sujeitos da pesquisa evidencia expressivas manifestações da questão social. Dentre elas, temos: a ausência da renda ocasionada pelo afastamento do trabalho e o conseqüente não acesso aos benefícios previdenciários e/ou assistenciais; e o não reconhecimento do direito aos benefícios por incapacidade, auxílio-doença, auxílio-doença acidentário e aposentadoria por invalidez e, por vezes, sua “substituição”, equivocada, pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC)¹⁵⁴. Acrescenta-se ainda que, conforme a Lei 8213 de 1991, as definições em torno dos benefícios previdenciários seguem os seguintes parâmetros:

¹⁵³ PONTES, N. Informalidade, a cara da crise no Brasil. Carta capital. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/economia/informalidade-a-cara-da-crise-no-brasil>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

¹⁵⁴ Cabe problematizar, a esse respeito, que de acordo com o artigo 11º da Lei 8.213, de 24 de julho de 1991, são segurados obrigatórios: "os empregados, os contribuintes individuais, os trabalhadores avulsos e os segurados especiais. E acrescentam-se, ainda, os segurados facultativos, ou seja,

Artigo 42. A Aposentadoria por Invalidez, uma vez cumprida, quando for o caso, a carência exigida, será devida ao segurado que, estando em gozo ou não de auxílio-doença, for considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o exercício da atividade que lhe garante a subsistência, e ser-lhe-á paga enquanto permanecer nesta condição.

Artigo 59. O Auxílio-Doença será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido nesta lei, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 dias consecutivos.

Artigo 61. O Auxílio-doença, inclusive o decorrente de acidente de trabalho, consistirá numa renda mensal vitalícia correspondente a 91% do salário-de-benefício, observado na Seção III, especialmente, no artigo 33 desta lei. (BRASIL, 1991a)¹⁵⁵.

Tabela 5 – Composição do valor adicionado da economia informal por grupamento de atividade (em %)

Atividade	2000	2007	Varição (2000-2007)
Indústria extrativa	0,2	0,2	0,00
Indústria de transformação	9,4	10,2	8,51
Construção civil	13,4	13,0	-2,99
Comércio	24,8	25,8	4,03
Transporte, armazenagem e correio	10,6	11,1	4,72
Serviços de informação	4,4	4,9	11,36
Intermediação financeira, seguros e previdência complementar e serviços relacionados	0,7	0,7	0,00
Atividades imobiliárias e aluguéis*	2,1	1,4	-33,33
Outros serviços**	34,4	32,7	-494
Total	100,00	100,00	

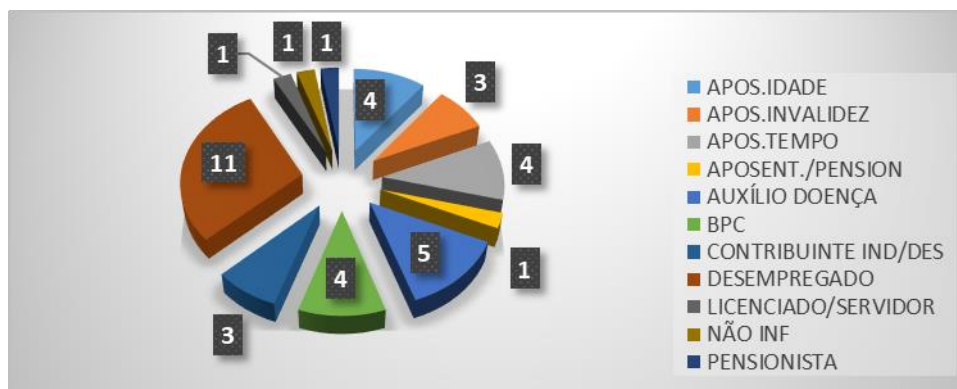
Fonte: NOGUEIRA (2016, p.23).

Os problemas apresentados pelos usuários estão relacionados não somente ao processo saúde-doença em termos de exposição e de atenção à Saúde, como dito anteriormente, mas também ao acesso aos benefícios relacionados à incapacidade para o trabalho no âmbito das políticas de Previdência e Assistência Social. No que concerne à condição trabalhista, previdenciária e/ou assistencial dos pacientes, de acordo com o Gráfico 5, entre os usuários que compuseram o grupo de pesquisa, um número elevado (n=11, 28,94%) se encontrava em situação de desemprego.

aqueles com idade superior a quatorze anos que se filiarem ao Regime de Previdência Social, desde que não estejam enquadrados na condição de segurados obrigatórios" (BRASIL, 1991a).

¹⁵⁵ BRASIL. Lei 8.213 de 24 de julho de 1991[1991 a]. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 25 jul. 1991. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1991/lei-8213-24-julho-1991-363650-norma-pl.html>>. Acesso em: 28 out. 2016.

Gráfico 5 – Distribuição de pacientes submetidos à LT, segundo condição trabalhista, previdenciária e/ou assistencial: INCA/HC I, março de 2014 a maio de 2015



Fonte: INCA/HC I, março de 2014 a maio de 2015.

Em todos os prontuários referentes aos desempregados, foi identificado ao menos um atendimento, pelo Serviço Social, relacionado a tentativas de acesso tanto ao benefício de auxílio-doença – inclusive recorrendo à esfera judicial (2 usuários) contra o indeferimento pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) – quanto ao Benefício de Prestação Continuada, vinculado à Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/LOAS)¹⁵⁶, ambos sem sucesso, como exposto anteriormente.

Entre os usuários, apenas 13,15% (n= 5) dos pacientes conseguiram acessar o auxílio-doença. Outra informação resultante do estudo é o percentual de pacientes que continuam inseridos como contribuintes individuais da Previdência Social em situação de desemprego (7,89%, n=3), após tentativas anteriores de acesso ao auxílio-doença, esforçando-se para contribuir mesmo mediante a ausência de renda. Dentre os que conseguiram acessar o BPC (10,52%, n=4)¹⁵⁷, todos pleitearam

¹⁵⁶ É importante ressaltar que os benefícios de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez “independem de carência nos casos de acidente de qualquer natureza ou causa e de doença profissional ou do trabalho, bem como nos casos de segurado que, após filiar-se ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS), for acometido de alguma das doenças e afecções especificadas em lista elaborada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Previdência Social a cada três anos, de acordo com os critérios de estigma, deformação, mutilação, deficiência, ou outro fator que lhe confira especificidade e gravidade que mereçam tratamento particularizado”. (BRASIL, 1991a). Cf. referência anterior da nota de rodapé de n.155.

¹⁵⁷ Outros pacientes estavam aposentados por idade e por tempo (ambos com n=4; 10,52%), aposentados por invalidez (n=3; 7,89%), apresentando 3 usuários – servidor público licenciado, não informado e aposentado e pensionista o mesmo número (n= 1; 2,63%).

inicialmente o auxílio-doença, indeferido em todos os casos pelo não reconhecimento da qualidade de segurado. Tal dado revela o que a literatura, especialmente as produções do Serviço Social, já vem sinalizando nos últimos anos: a ocorrência de um processo de “assistencialização” da proteção social.

Por “assistencialização” compreende-se a diferenciação, na organização da proteção social brasileira, da população em diferentes “categorias de cidadãos” com necessidades específicas (PASTORINI, 2002). Como indicam Mota (1995; 2007), Pastorini (2005), entre outros autores, emergem dessa forma de organização da Seguridade Social: uma categoria de “cidadãos consumidores”, que podem comprar no mercado os bens e serviços para satisfação das suas necessidades; uma segunda categoria, denominada “cidadãos trabalhadores”, na qual estariam os trabalhadores com vínculo formal de trabalho, com cobertura previdenciária; e uma terceira categoria de cidadãos, os “cidadãos pobres”, considerada o público-alvo dos programas assistenciais e emergenciais, com forte viés clientelista. Pertencem a esse grupo os “mais pobres”, sem vínculo formal de trabalho e, portanto, sem cobertura previdenciária, extremamente sujeitos à (des) proteção social.

Para o propósito da tese, é importante enfatizar que o debate sobre a “assistencialização” da proteção é polêmico e remonta estudos que abordaram o contexto social de décadas anteriores, tendo em vista as diferentes discussões e interpretações em torno da utilização da referida noção. Nos termos de Behring (2003), o que esteve em curso nos anos 1990 foi uma intensa “contrarreforma” do Estado brasileiro, sendo válido destacar que Mota (1995), Rodrigues (2007; 2016) e Pastorini (2005) partem dessa compreensão para realizar a discussão em torno da “assistencialização” (SILVA, M., 2010).

Sposati (2011), por sua vez, discorda da utilização do termo e vai indicar que a expressão “assistencialização”

aponta a precarização de políticas sociais. Ao nominar a precarização como assistencialização, cria-se um desentendimento que termina por atribuir uma visão negativa da Política de Assistência Social. Ela em si, seria uma precarização? Com este termo, assistencialização da política social, dissemina-se a ideia da precarização como se fosse algo pertinente e natural à Política de Assistência Social. Esta 'contaminaria' as demais políticas sociais com a focalização (SPOSATI, 2011, p. 33).

Sposati (2011) problematiza, ainda, a negação da Política de Assistência Social na sociedade brasileira, especialmente a partir do que, a seu ver, tem sido

interpretado por dois vieses distintos em relação a essa política: uma interpretação “elitista”, que concebe a Assistência Social como subordinada a outras políticas sociais, e outra “reducionista”, que de acordo com a autora identifica a ampliação do escopo da Assistência com a precarização das outras políticas.

Já Pereira (1996), opta por identificar tal processo como uma “residualização” das políticas sociais, uma vez que a preocupação governamental privilegia a ação focalizada na pobreza extrema de forma residual, com forte viés neoliberal. A autora indica, ainda, a necessidade de redefinição da associação da assistência à pobreza absoluta, com uma maior aproximação da Assistência Social às demais políticas da Seguridade Social. A residualização, nesse sentido, relaciona-se ao modo como ocorre a oferta de programas e serviços sociais públicos.

Em um estudo recente, Pereira (2013) afirma que a política de Assistência Social foi “reciclada” na sua tradicional concepção liberal, de forma que “se antes era considerada um colchão protetor de possíveis resvalos dos mais pobres para abaixo de uma linha de pobreza, hoje ela funciona como um trampolim” (PEREIRA, 2013, p. 649-650). A autora reforça a sua colocação, indicando o movimento realizado pelo Banco Mundial no sentido de “ativar os pobres para fora de seu âmbito rumo a sua autossustentação” (PEREIRA, 2013, p.650), argumentando, sobre a proteção social, que ela “nunca esteve, como agora, tão associada ao trabalho assalariado, à renda, [...] ao poder de consumo, [...] à lógica comercial e, por isso, nunca esteve tão distanciada da proteção social como um direito devido e desmercadorizado”

Na mesma direção, Salvador (2012) vai ressaltar o papel fundamental do fundo público para a sustentação do capitalismo e para a garantia do contrato social, uma vez que o “alargamento das políticas sociais garante a expansão do mercado de consumo, ao mesmo tempo em que os recursos públicos são financiadores de políticas anticíclicas nos períodos de refração da atividade econômica” (SALVADOR, 2012, p. 05). Nesse sentido, é válido acrescentar, ainda, que “a crise capitalista tem incidência direta sobre o mundo do trabalho e dos trabalhadores, mediada pela intervenção do Estado [...]”, determinando “modos de ser e viver de homens e mulheres nessa quadra histórica”. (MOTA, 2013, p.80).

Pastorini e Galizia (2016), ao discutirem o protagonismo da Assistência Social no novo padrão de proteção social brasileiro, informam que as primeiras modificações no padrão de proteção social em geral se expressam

no redirecionamento dos recursos sociais gerais e/ou privados (não mercantis) para programas focalizados, isto é direcionados e compensatórios, temporários, guiados pela seleção de beneficiários. São as primeiras modificações porque respondem a estratégias econômicas de austeridade fiscal, baseadas na ideia hegemônica de evitar o desperdício e procurar o reequilíbrio das contas públicas. O principal argumento utilizado para isto é que os mais necessitados não são os mais beneficiados pelas políticas sociais. Portanto, os gastos dever-se-iam redirecionar e concentrar em programas dirigidos às camadas de população mais pobres (PASTORINI; GALIZIA, 2016, p. 07).

De fato, uma das condições para o acesso ao BPC/LOAS impõe ao requerente a comprovação de que não recebe outro benefício assistencial, a exemplo do Bolsa Família. É válido contextualizar, desse modo, que o Programa Bolsa Família é um recurso temporário, no qual não é reconhecido direito adquirido, sendo a elegibilidade das famílias revista a cada dois anos. (BRASIL, 2014f). Porém, mesmo indicada a temporalidade deste benefício assistencial, a sua aquisição é considerada um fator impeditivo do acesso ao BPC/LOAS pelo paciente.

Sobre esse aspecto, Sposati (2013) aponta que o trato da proteção social “em sua forma de previdência social é, no caso brasileiro, um mosaico de respostas desiguais a partir do vínculo formal do trabalhador, e não só de sua remuneração” (SPOSATI, 2013, p. 653). Em complemento à argumentação da autora, cabe enfatizar que, no âmbito assistencial, o acesso ao BPC/LOAS também não deixa de ser um “mosaico de respostas desiguais”: as condicionalidades impostas para o acesso reiteram a perspectiva da necessidade extrema, ao exigir do requerente que a renda per capita familiar seja de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo e que outro membro da família não seja detentor do benefício (BIDÁ, 2017), pois o valor recebido entrará no cálculo da renda per capita, excetuando-se os idosos, expressando um contexto extremamente desfavorável ao acesso à proteção social.

Nesse sentido, um amplo panorama da (des)proteção social dos trabalhadores é apresentado por Mota (1995, 2017), que sinalizou há aproximadamente duas décadas a existência de uma “cultura da crise”. A autora problematiza a Seguridade Social brasileira no seu conjunto, afirmando que

No campo da Assistência Social, por exemplo, novos segmentos das classes proletárias acorrerão a essa política em função do desemprego; na

Previdência Social, já se anunciam outras problemáticas derivadas das relações de trabalho precarizadas e da rigidez de critérios de revisão/definição de benefícios, perícias, seguro-desemprego etc. A saúde, vivenciando um brutal desmonte, também presenciara o crescimento da demanda em função da inadimplência e dos desligamentos massivos de trabalhadores e de suas famílias dos planos e seguros privados de saúde (MOTA, 2017, p. 48).

Considerando as diferentes contribuições ilustradas em torno do debate sobre a “assistencialização”, compreende-se como fundamental, no estudo, a importância de não haver uma dicotomia entre trabalho e assistência. Nesse sentido, Boschetti (2009) traz como importante colocação o fato de que a defesa da lógica social sobre a lógica securitária não significa superestimar a Assistência Social, nem tampouco “discriminá-la como um direito incompatível com o trabalho”, bem como que “reconhecer o papel do trabalho e do emprego estável na estruturação da vida e na construção das identidades profissionais e sociais também não significa defender qualquer tipo de trabalho” (BOSCHETTI, 2009, p. 06), ou seja, o trabalho realizado sob condições adversas e que repercute na degradação da saúde dos trabalhadores, a exemplo dos sujeitos da pesquisa.

Ademais, é importante destacar que a discussão teórica aqui realizada, os resultados identificados na pesquisa e os aspectos destacados por Mota (2017) em especial vão ao encontro do conceito da determinação social do processo saúde-doença em um aspecto fundamental: as políticas de Saúde, Assistência e Previdência Social estão necessariamente relacionadas à produção e à reprodução da força de trabalho. De forma resumida, cabe ressaltar, utilizando os termos de Mota (2017), que o desemprego, as relações de trabalho precarizadas e o desligamento massivo dos trabalhadores e de suas famílias dos planos e seguros privados de saúde impactam sobremaneira os três pilares da Seguridade Social. Enquanto isso, paralelamente, o Estado amplia o raio de ação da Assistência Social, que, de forma compensatória, vem a suprir as necessidades dos sujeitos diante da insuficiência da oferta de trabalho formal. Assim, com a perda de vínculo contributivo, essa política possibilita aos sujeitos, ainda que de forma restrita, o acesso ao consumo. Rodrigues (2016) vai acrescentar, a esse respeito, que

a assistência social cresce não como expressão da ampliação dos direitos sociais ou do fortalecimento da seguridade social prevista na Constituição de 1988, mas, sim, como um indicador da construção de um padrão público de proteção social minimalista, orientado, predominantemente, para atenção aos segmentos populacionais mais empobrecidos (RODRIGUES, 2016, p. 44).

Nesse sentido, é válido dizer, sobre a “assistencialização” ou “residualização” das políticas sociais, que os argumentos utilizados pelos autores que discutem a temática convergem no que tange à compreensão de que houve um verdadeiro movimento de reestruturação da proteção social brasileira referente aos programas assistenciais. E isto, como apontado por Sposati¹⁵⁸ (2009, p. 32), indica que a “Política de Assistência Social no confronto entre direito ou assistencialização termina por questionar os diversos entendimentos sobre a Assistência Social como campo de política pública”, ao passo em que houve um decréscimo de mudanças significativas para as áreas da Saúde e da Previdência Social, ambas alvo de sucessivos desmontes.

3.2 Os sujeitos da pesquisa e a (in)visibilidade do câncer relacionado ao trabalho no Brasil

Inúmeros elementos da sociedade capitalista mantêm relação direta com as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, o que significa levar em consideração que o contexto do adoecimento no trabalho envolve: terceirização, jornadas extenuantes, trabalho precarizado e sem garantias, desencadeando sérios desdobramentos para a saúde dos trabalhadores. Portanto, verifica-se a existência de formas singulares e particulares de adoecimento e de reconhecimento de direitos e acesso aos benefícios operacionalizados pelas políticas de Previdência e Assistência Social no Brasil.

É importante enfatizar, desse modo, que foram encontrados registros nos prontuários pesquisados indicando que os sujeitos da pesquisa, ainda que idosos, exerciam, no período que antecedeu a cirurgia, atividades laborativas sem vínculo

¹⁵⁸ A autora vai ressaltar, ainda, que “essa condição posta pela Constituição de 1988 – CF-88, fez ultrapassar o condicionamento histórico da Assistência Social como medida tuteladora e discutir sua possibilidade de alçar o disposto constitucional que a estabelece como dever de Estado no campo da seguridade social e direito de cidadania” (SPOSATI, 2009, p. 32), o que reflete a sua preocupação com uma compreensão da Assistência enquanto política pública que apresenta reais possibilidades de efetivação no campo dos direitos relativos à Seguridade Social, “sendo preciso lidar com aqueles/as que, no interior da categoria dos/as assistentes sociais, rechaçam essa política e os profissionais que nela atuam” (SPOSATI, 2009, p. 35).

formal, “biscates”. É nesse sentido que a orientação referente à proteção social “adequada” ao paciente assume, no contexto do atendimento, uma dimensão fundamental.

O que tem de comum o camêlo, o biscateiro, o empregado pela própria família, o trabalhador sazonal e o desempregado? Além da precariedade das condições de manutenção da própria existência e dos seus dependentes, a ausência de cobertura por morte, morbidade, invalidez, aposentadoria, etc. Tal quadro legitima a afirmação de que a terceirização seria um determinante do 'caldo' em que estamos mergulhados, de 'dialética histórica entre pós-modernidade e medievalização' (MELO et al., 1998, p. 211-212).

Cabe destacar, desse modo, que uma das justificativas indicadas pelo Ministério da Saúde para a elaboração das *Diretrizes para a Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho* (RIBEIRO, 2012) foi, de acordo com a publicação, a carência de informações que permitam encontrar os “fatores de risco” de câncer relacionados ao trabalho, bem como as possibilidades de se estabelecer um sistema de vigilância do câncer dos trabalhadores expostos e dos agentes cancerígenos. Um dos exemplos utilizados pela publicação foram os benefícios de auxílio-doença por câncer (acidentário e previdenciário) concedidos pela Previdência Social em 2009, considerados ínfimos, de forma que

A 'invisibilidade' do câncer relacionado ao trabalho no Brasil pode ser medida pelo baixíssimo percentual – 0,23% – do total de auxílios-doença por acidente concedidos pela Previdência Social em 2009. Os benefícios concedidos por câncer (acidentário e previdenciário) foram 113.801 e apenas 0,66% foi relacionado à ocupação do paciente (REDE CÂNCER, 2012a, p. 19).

Em complemento, sobre o acesso dos laringectomizados aos benefícios concedidos pela Previdência Social, a pesquisa de Hannickel et al. (2002), que contou com 15 pacientes submetidos à cirurgia, identificou que 60% estavam aposentados e 27% desempregados. Os autores afirmam que “a aposentadoria entre os laringectomizados não é planejada e é incentivada pela família, como uma atitude de superproteção” (HANNICKEL et al., 2002, p. 337).

Contudo, ao contrário da análise de Hannickel et al. (2002), a presente tese aponta para o fato de que uma parte significativa dos participantes do estudo sequer tem a possibilidade de escolha em relação à aposentadoria ou a qualquer outro benefício, seja ele previdenciário ou assistencial, tendo em vista o caráter contributivo da Previdência e as condicionalidades da Assistência Social.

É importante ressaltar que os benefícios de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez independem de carência nos casos de acidente de qualquer natureza ou causa e de doença profissional ou do trabalho, bem como nos casos de segurado que, após filiar-se ao Regime Geral de Previdência Social, for acometido por alguma das doenças e afecções especificadas em lista,¹⁵⁹ que deveria ser elaborada pelos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social a cada três anos, de acordo com os critérios de estigma, deformação, mutilação, deficiência, ou outro fator que lhe confira especificidade e gravidade que mereçam tratamento particularizado, valendo ainda hoje o especificado no Artigo 151 da Lei 8213/1991 (BRASIL, 1991a).

Por outro lado, não tem direito a tais benefícios aqueles que os solicitarem ao Regime Geral da Previdência Social sem contribuição anterior e já portadores da doença ou lesão incapacitante, salvo se a incapacidade for derivada de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão (BRASIL, 1991a). Ocorre que muitos pacientes com câncer de laringe, que chegam ao extremo da realização da LT, já apresentam a doença em estadiamento avançado, sem que haja possibilidade de receber em tempo hábil a orientação previdenciária referente ao resgate da qualidade de segurado da Previdência Social. Muitos deles deixam de ter acesso aos benefícios previdenciários, pela ausência ou perda da qualidade de segurado (INSS, 2010)¹⁶⁰.

Desse modo, orientar os usuários sobre a legislação previdenciária adquire suma importância no atendimento realizado. O tratamento prolongado limita a atividade laborativa e exige do paciente o afastamento do trabalho, o que é ainda

¹⁵⁹ Sendo fundamental especificar que a lista ainda não foi elaborada, prevalecendo as doenças especificadas no artigo 151 do RGPS: "Art. 151. Até que seja elaborada a lista de doenças mencionadas no inciso II do art. 26, independe de carência a concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez ao segurado que, após filiar-se ao Regime Geral de Previdência Social, for acometido das seguintes doenças: tuberculose ativa; hanseníase; alienação mental; neoplasia maligna; cegueira; paralisia irreversível e incapacitante; cardiopatia grave; doença de Parkinson; espondiloartrose anquilosante; nefropatia grave; estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante); síndrome da deficiência imunológica adquirida-Aids; e contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada".(BRASIL, 1991a). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213compilado.htm>. Acesso em: 22 mar. 2016.

¹⁶⁰ Sobre a manutenção e perda da qualidade de segurado, consultar Art. 10, Instrução normativa INSS/PRES Nº 45, DE 06 de agosto de 2010 – DOU DE 11/08/2010 – Alterada. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/inss-pres/2010/45_1.htm#cp1_s1_sbu>. Acesso em: 22 mar. 2016.

mais preocupante quando ele não conta com a proteção social. Assim, é importante que, ao iniciar o tratamento, o paciente seja esclarecido quanto à isenção de carência, período de graça¹⁶¹ e resgate de vínculo previdenciário, bem como em relação à cobertura previdenciária caso ocorra agravamento da doença¹⁶².

De forma oposta aos acidentes típicos¹⁶³, nos quais o nexo causal pode ser mais facilmente identificado, as doenças relacionadas ao trabalho, pelo considerável período de latência e dificuldades na detecção precoce, enfrentam grandes obstáculos no reconhecimento do nexo entre o agravo à saúde e o trabalho (BRASIL, 2001). Muitas das informações aqui reunidas têm por base os conteúdos referentes ao acompanhamento e à avaliação do Fator Acidentário de Prevenção (FAP) e do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) (BRASIL, 2007 b), bem como o Decreto 6957, de 9 de setembro de 2009 (BRASIL, 2009)¹⁶⁴.

O NTEP considera estabelecido o nexo entre o trabalho e a doença ao ser reconhecido o nexo técnico epidemiológico entre a realização da atividade laborativa e o elemento desencadeador da incapacidade, conforme especificado na Classificação Internacional de Doenças (CID). Nesse sentido, é válido destacar, com Oliveira, que o termo epidemiológico acrescentado ao nexo técnico assume caráter inovador, ao considerar a “perspectiva coletiva das múltiplas dimensões em que está inserido o trabalhador [...] para estimar o quão doentio ou saudável é um ambiente de trabalho” (OLIVEIRA, 2010, p. 105).

¹⁶¹ O trabalhador, para fazer jus ao benefício previdenciário, necessita contribuir com o INSS, caso contrário, pode perder a qualidade de segurado. Há situações em que o trabalhador fica um período sem contribuir e, mesmo assim, mantém a qualidade de segurado. É o chamado “período de graça”, que encontra-se especificado no Art.13, parágrafo único da Instrução normativa INSS/PRES, nº29, de 04 de junho de 2008. Diário Oficial da União (DOU) de 06/06/2008. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/38/inss-pres/2008/29.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2016 INSS (2008b).

¹⁶² Conforme o Art. 59, parágrafo único da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991 “não será devido auxílio-doença ao segurado que se filiar ao Regime Geral de Previdência Social já portador da doença ou da lesão invocada como causa para o benefício, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão” Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213compilado.htm>. Acesso em: 22 mar. 2016.

¹⁶³ Acidentes decorrentes da característica da atividade profissional desempenhada pelo acidentado (INSS, 2006).

¹⁶⁴ Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplinando a aplicação (BRASIL, 2009).

Como ressalta Ribeiro (2004), há uma tendência ainda forte no Brasil de que as investigações sobre acidentes ou doenças concentrem-se naqueles já ocorridos, em detrimento da investigação retrospectiva em torno das exposições relacionadas a doenças crônicas. Conforme a autora, isso é particularmente verdadeiro no que diz respeito às doenças em que os períodos de latência são longos, “a exemplo do câncer de origem ocupacional, cujos processos de trabalho e exposições vigentes na ocasião do diagnóstico podem ser completamente distintos daqueles presentes no momento da exposição da doença” (RIBEIRO, 2004, p. 02). Tal consideração vai ao encontro dos resultados encontrados entre os sujeitos da pesquisa, em especial quando temos conhecimento de que, com relação às principais profissões desempenhadas pelos sujeitos da pesquisa, nenhum dos pesquisados associou (ou foi esclarecido sobre) o câncer de laringe como doença relacionada ao trabalho.

É relevante mencionar, aqui, desde as limitações comuns de reconhecimento do nexo causal entre o trabalho e o adoecimento¹⁶⁵ (SILVA-JUNIOR et al., 2012; NOCCHI, 2008), passando pelos obstáculos institucionais encontrados pelos trabalhadores adoecidos, no processo de atendimento assistencial em Saúde. Acrescente-se a isso a resposta insatisfatória das políticas de Previdência e Assistência Social no momento em que mais necessitam de proteção social (BARROS, 2013).

Destaca-se que, na legislação brasileira, algo que se aplica tanto à doença ocupacional quanto à doença do trabalho é que ambas são consideradas acidentes do trabalho. Outra questão relevante é que, uma vez constatado que a doença não incluída na relação prevista nos incisos I e II do art. 20 da lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991 foi resultante das condições especiais em que o trabalho foi executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social deve considerá-la como acidente do trabalho (BRASIL, 1991a).

¹⁶⁵ O inciso I do art. 20 da lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, define doença ocupacional ou profissional como aquela produzida ou desencadeada pelo desempenho “do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, presente no anexo II do Decreto no 3.048/1999”. Por sua vez, o inciso II do art. 20 da lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991 define a doença do trabalho como sendo aquela “adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante no anexo II do Decreto no 3.048/1999” (BRASIL, 1991a).

Ao considerarmos as décadas anteriores ao estabelecimento do NTEP, vale registrar que o ônus da prova pertencia à vítima, já adoecida e com os encargos decorrentes do próprio adoecimento (NOCCHI, 2008). Hoje cabe à empresa o ônus da prova, uma vez que, nos termos de Nocchi (2008),

Em se tratando de acidentes do trabalho¹⁶⁶, não há dúvida que o empregador está mais apto a produzir a prova da inexistência do nexo entre a conduta e o resultado. Aliás, para o detentor dos riscos da atividade econômica, a legislação fixa que incumbe “reduzir ao mínimo, na medida que for razoável e possível, as causas dos riscos inerentes ao meio do trabalho” (Convenção nº 148 da OIT); repassar a importância de repasse de informações pormenorizadas dos riscos e dos produtos manipulados à saúde do trabalhador (art. 19, § 3º, da Lei 8.213/91 e os artigos 182, III 3 4 e 197, ambos da CLT), fornecer equipamentos de proteção 5 individual, conforme previsão do artigo 166 da CLT e NR-6 da Portaria do Ministério do Trabalho nº 3.214/78; constituir a Comissão Interna de Acidentes do Trabalho (CIPA); oferecer Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT); e organizar Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) (NOCCHI, 2008 apud OLIVEIRA 2009, p. 80).

Como indicam Silva-Júnior et al. (2012, p. 72), a aplicação do NTEP “aumentou em 152% a notificação dos benefícios auxílio-doença como sendo de espécie acidentária”. O NTEP foi discriminado em três categorias, na Instrução Normativa nº 31, assinada pelo então Presidente do INSS, Marco Antônio de Oliveira:

[...] nexo técnico profissional ou do trabalho – fundamentado nas associações entre patologias e exposições constantes das listas A e B do Anexo II do Decreto 3.048/99, em que constam os fatores de exposição químicos, físicos e biológicos associados a cada doença;– nexo técnico por doença equiparada a acidente de trabalho ou nexo técnico individual – decorrente de acidentes de trabalho (típicos ou de trajeto), bem como de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele relacionadas diretamente (§ 2º do art. 20 da Lei 8.213/91);– nexo técnico epidemiológico previdenciário - aplicável quando houver significância estatística da associação entre o código da Classificação Internacional de Doenças (CID) e o da Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE) (doenças infecciosas e parasitárias relacionadas com o trabalho) (INSS, 2008a)¹⁶⁷.

Entretanto, Silva-Júnior et al (2012) ressaltam que, a despeito das evoluções no marco legal no sentido de melhorar as informações sobre as doenças e agravos relacionados ao trabalho, “está enraizada na sociedade brasileira a sonegação de

¹⁶⁶ Sendo válido lembrar que são consideradas acidente do trabalho a doença profissional e a doença do trabalho (INSS, 2006).

¹⁶⁷ BRASIL. Instrução normativa INSS/PRES nº 31, de 10 de setembro de 2008. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Disponível em: <<http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/38/INSS-PRES/2008/31.htm>>. Acesso em: 31 out. 2016.

notificação, demarcada por aspectos políticos, econômicos, jurídicos e sociais” (SILVA-JÚNIOR et al., 2012, p. 74). Verifica-se cotidianamente que

Difícilmente o médico pergunta a um paciente com câncer qual é sua ocupação. É imprescindível que os profissionais de saúde registrem a ocupação que o paciente exerceu por mais tempo e o setor econômico no qual atuou, para que os casos de câncer relacionado ao trabalho e ao ambiente sejam identificados e notificados no Sinan [Sistema Nacional de Agravos de Notificação] (REDE CÂNCER, 2012a, p. 19).

Uma característica comum às ações de vigilância em Saúde do Trabalhador, bem como às políticas de proteção social, é o fato de ainda apresentarem a tendência de atuação *ex post facto*, não proporcionando, respectivamente, ambientes realmente seguros no que tange à exposição no trabalho e acesso adequado aos serviços disponibilizados pela Saúde, Previdência e Assistência Social. Conforme o Anexo D desta tese, verifica-se que, de um total de 224 casos *J38: Doenças das cordas vocais e da laringe não classificadas em outra parte*, 26 deles foram registrados na CAT, 6 considerados típicos, 20 como doença do trabalho e 198 sem registro de CAT.

Contudo, considerando a gravidade de um procedimento como a LT, que traz modificações estéticas e gera repercussões irreparáveis, a qualidade da condição de trabalhador fica obscurecida, pois o modelo adotado para avaliação dos benefícios por incapacidade nas perícias médicas não contempla a determinação social do processo saúde-doença. Urge a necessidade de revisão dos preceitos para que o trabalhador possa ser atendido devidamente em suas necessidades durante o adoecimento e a limitação do potencial laborativo.

No estudo, *As Guerras Mundiais e seus veteranos: uma abordagem comparativa*, Ferraz (2008, p. 466) destaca que quando a Guerra Civil Americana eclodiu, em 1861, os problemas do pós-guerra se agravaram. A preocupação girava em torno da condição econômica dos mutilados pela guerra, o que abrangia as pensões destinadas aos familiares dos combatentes mortos. Ao considerarmos que o quantitativo de combatentes “perfazia 5% da população total do país, e cerca de 37% da população masculina economicamente ativa e votante dos estados da União”, conceder benefícios oriundos do governo era, como reforça o autor, uma das formas encontradas para atrair os votos.

No entanto, à semelhança dos combatentes que sobreviveram à Guerra Civil Americana, mas que jamais seriam os mesmos, pois passaram a ser “pessoas diferenciadas, marcadas pelo conflito” (FERRAZ, 2008, p. 467), os pacientes laringectomizados vivenciam um contexto estigmatizante. Tal situação é reforçada pela ausência, na Seguridade Social brasileira, de dispositivos que garantam proteção social aos pacientes submetidos a alterações estéticas graves¹⁶⁸, decorrentes de procedimentos cirúrgicos a exemplo da LT, tendo como decorrência o não retorno ao trabalho, o não acesso aos recursos previdenciários/assistenciais e a ausência de renda durante e após o tratamento. E, ademais, esta (des)proteção social é complementada pelos processos anteriores da Vigilância em Saúde do Trabalhador, pontual e/ou inexistente, quando da exposição ocupacional, bem como do acesso tardio e/ou insatisfatório na assistência à saúde quando do adoecimento, tal como vem sendo apresentado até aqui.

3.3 Sem voz e sem vez: a mutilação corporal como desfecho da dinâmica predatória de acumulação

A exploração sem limites da força de trabalho é em si expressão das contradições estruturais de uma dada forma de sociabilidade que, ao mesmo tempo em que não pode prescindir do trabalho vivo para sua reprodução, necessita explorá-lo ao extremo, impondo-lhe o sentido mais profundo de sua mercantilização: sua completa descartabilidade, expressa pelas mais diversas formas de precarização ou pela constituição de um exército de trabalhadores lesionados, muitos deles incapacitados definitivamente para o trabalho.

Lucieneida Praun.

¹⁶⁸ Sendo válido ressaltar que a aposentadoria especial seria o mais próximo, na legislação previdenciária atual, de um benefício permanente que reconhece a “nocividade [...] de um agente de provocar danos à saúde ou à integridade física do trabalhador” (BISCAIA, 2017, p. 61). No entanto, o reconhecimento do agravo à saúde está diretamente vinculado à filiação no INSS, além da comprovação de que “a exposição não era ocasional, nem intermitente, e era indissociável do processo produtivo onde o segurado se insere” (BISCAIA, 2017, p. 61), o que, no caso dos trabalhadores da pesquisa, dificilmente seria efetivamente comprovado, tendo em vista os registros em prontuário que indicavam a permanência intermitente no trabalho e intervalos de desemprego ou no exercício de outras funções. Destaca-se, ainda, que não há, no âmbito da previdência e da assistência social, um benefício que reconheça os impactos de lesões estéticas graves para a sobrevivência dos usuários, considerando o afastamento do trabalho e as exigências de filiação prévia no sistema previdenciário.

O objetivo deste tópico final é o de problematizar o aspecto que, em nossa perspectiva, é o mais perverso da exploração da força de trabalho, da (des)proteção social e das formas de sociabilidade nocivas do sistema capitalista: a descartabilidade dos sujeitos, dos corpos, por assim dizer, seja pela incapacidade para o trabalho ou pela morte. Nesse sentido, privilegiamos as consequências da exploração do trabalho na degradação da saúde dos trabalhadores em questão, expressas na realização do procedimento cirúrgico de LT. Muitas das reflexões deste estudo partem da consideração de que a descartabilidade está associada, no atual estágio do capitalismo, a “um duplo impulso no interior de um mesmo processo: excluir progressivamente parcelas da classe trabalhadora do mercado de trabalho e intensificar o grau de exploração sobre aqueles que ali conseguem se manter” (PRAUN, 2014, p. 141).

Interessa-nos, então, refletir sobre o modo como ocorre a expulsão progressiva das “parcelas da classe trabalhadora do mercado de trabalho” (PRAUN, 2014, p.141), em especial dos laringectomizados. Buscamos oferecer evidências das dinâmicas que fazem com que o tratamento do câncer de laringe, que apresenta muitas possibilidades de sobrevida e até mesmo de cura quando diagnosticado precocemente, alcance o extremo da retirada total da laringe do paciente, através da Laringectomia total.

Harvey (2016), na sua mais recente obra, intitulada “17 contradições e o fim do capitalismo”¹⁶⁹, não por acaso, vai recorrer ao termo “descartabilidade humana” para designar os “segmentos cada vez maiores da população mundial considerados redundantes e descartáveis como trabalhadores produtivos [e com] dificuldades” (HARVEY, 2016, p. 105) tanto materiais quanto psicológicas.

As evidências empíricas nos permitem observar a relação existente entre o processo social e o processo saúde-doença. Apenas essa observação, no entanto, “não resolve qual é o caráter desta relação. Isto porque temos, por um lado, o processo social e, por outro, o processo biológico, sem que seja imediatamente visível como um se transforma no outro” (COSTA; BARBOSA, 2013). De fato,

¹⁶⁹ É importante ressaltar que no capítulo elaborado por Harvey (2016), intitulado “Tecnologia, trabalho e descartabilidade humana”, o autor apresenta, ainda, uma discussão ampliada acerca da utilização exacerbada da tecnologia e das suas consequências para os trabalhadores, advindas da redução dos postos de trabalho.

evidenciamos, até aqui, a intrínseca relação entre o adoecimento e a (des)proteção social dos trabalhadores.

Nesse sentido, do ponto de vista do processo saúde-doença, a reflexão construída ao longo do estudo reitera a consideração sobre como as relações entre trabalho, consumo e modo de vida contribuem para que o câncer possa ser reportado como resultante da produção e reprodução social na sociedade capitalista, a exemplo do maior desgaste no trabalho, da instabilidade do vínculo trabalhista e da exposição a agentes reconhecidamente cancerígenos e causadores de doenças diversas¹⁷⁰, a despeito dos avanços no campo da Saúde do Trabalhador e de outras áreas afins, no Brasil, e que foi afirmado, aqui, como um processo de (des)proteção social.

Uma vez acometido por câncer, o trabalhador encontra ainda dificuldades relacionadas tanto à manutenção do emprego quanto ao retorno ao mercado de trabalho, seja pelas limitações trazidas pela doença, seja pela duração do tratamento, que demanda uma rotina de consultas, especialmente frequentes na fase inicial.

Impossibilitado de trabalhar em decorrência da limitação física e da diminuição da capacidade produtiva, o paciente necessita de recursos que o amparem durante o tratamento, recorrendo aos benefícios da Previdência ou da Assistência Social, conforme a sua inserção [ou não] no sistema contributivo. Ocorre que, como observado no estudo, o hiato entre as políticas que compõem o tripé da Seguridade Social se expressa na (des)proteção social daqueles que não têm reconhecida a elegibilidade para acesso aos benefícios previdenciários e/ou assistenciais.

É possível dizer, conforme Vasconcellos (2007), que, apesar do desenvolvimento capitalista ser conduzido sob a égide do Estado, a atenção à saúde dos trabalhadores não é, em contrapartida, assumida como uma responsabilidade do Estado, conforme exposto anteriormente, no segundo capítulo. Devemos

¹⁷⁰ Sendo válido enfatizar, novamente, que todos nós, independente da modalidade de inserção laborativa, encontramos-nos expostos a situações desencadeadoras de doenças diversas, a exemplo do desconhecimento sobre o que realmente consumimos e os efeitos desse consumo para a nossa saúde, entre outros aspectos a serem considerados, relacionado ao modo de vida (estresse, sobrecarga de atividades, sedentarismo, etc). Contudo, destacamos que os trabalhadores da pesquisa tendem a vivenciar de forma mais intensa os efeitos deletérios do agravamento da saúde decorrente das condições adversas de trabalho e sobrevivência já abordadas anteriormente.

acrescentar, inclusive, que tal processo se dá mesmo quando se remete a questão ao âmbito da Seguridade Social, como um todo, isto é, envolvendo as três políticas que a conformam desde a Constituição Federal de 1988. Afinal, a saúde/doença dos trabalhadores está relacionada às condições de produção e reprodução social, podendo ser assumida como uma expressão precisa da “questão social” (NETTO, 2001; IAMAMOTO, 2001), ainda que seu tratamento, na maioria das vezes, se dê através de sua fragmentação em problemas sociais e, por conseguinte, também por políticas sociais setorializadas e segmentadas, porquanto submetidas à orientação capitalista da vida social.

O presente estudo partiu da compreensão de que a condição de saúde para os trabalhadores aponta para um contexto marcado pela precarização das relações e condições de trabalho, expressas no desemprego, na informalidade, e na consequente restrição de direitos, degradando, sobremaneira a saúde dos sujeitos.

De fato, o exposto até aqui indica que o acometimento por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), a exemplo do câncer de laringe, exerce forte impacto sobre a organização familiar e conduz a uma sobrevivência limitada, condicionada ao acesso aos serviços e à satisfação das necessidades básicas. Fazendo uma alusão à poesia de Pablo Neruda¹⁷¹: de que adianta ver fábricas de trágico aspecto e não ver o sofrimento debaixo dos tetos, sobre as ruas, em todas as estações, nas cidades e no campo?

Nesse sentido, interessa-nos problematizar os principais aspectos que compõem o emaranhado de questões relacionadas à LT como procedimento cirúrgico mutilador que silencia a voz dos trabalhadores, os quais, de modo geral, não conseguem retornar à atividade laborativa. Ao considerarmos os sujeitos da pesquisa, um primeiro aspecto da descartabilidade a que nos referimos anteriormente se mostra evidente: dos 38 pacientes, 26 deles são idosos e, devido à idade e incapacidade, impossibilitados de retornar ao trabalho. Não por acaso, Teixeira, S.M (2008) ressalta a ampliação da desigualdade social, decorrente do envelhecimento dos trabalhadores pobres, constituindo-se, portanto, uma das expressões da questão social.

¹⁷¹ Referência ao poema "Somos o mistério" (NERUDA, 1978).

Paim (2006), a esse respeito, vai argumentar que apesar da existência de um arcabouço jurídico-normativo, verifica-se no espaço da formulação e implementação de políticas de saúde o acirramento das concepções de: um “SUS democrático”, alinhado ao projeto da Reforma Sanitária; o “SUS formal”, decorrente da Constituição Federal e que conta com aparato legal; o “SUS real”, dependente da esfera econômica, favorecedora do mercado para o seguro-saúde; e o “SUS para pobres”, focalizado e voltado aos mais pobres. Numa aproximação à análise até aqui elaborada, podemos afirmar, em se tratando de velhos trabalhadores, que antes de chegarem ao tratamento de alta complexidade, peregrinaram no “SUS para velhos pobres”, haja vista o estadiamento avançado da doença oncológica.

Contudo, considerando os sujeitos da pesquisa, em sua maioria homens, como exposto no capítulo anterior, cabe acrescentar que o Ministério da Saúde (MS) apresentou em 2008 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)¹⁷², a fim de priorizar a saúde da população masculina adulta, reconhecendo-a como um problema de Saúde Pública (BRASIL, 2008c). A própria política sugere que os tratamentos para as doenças crônicas são os menos procurados pelos homens, provavelmente por interferir na sua rotina de trabalho. De acordo com a PNAISH, o acesso dessa população ao sistema de saúde ocorre, primordialmente, através da atenção especializada (média e alta complexidade), não tendo, desse modo, um acompanhamento na atenção básica, o que é primordial para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Nesse sentido, a trajetória de trabalho da maior parte dos sujeitos da pesquisa indica a condição de vida marcada pela precarização, em profissões que exigiram esforço físico, realizadas sob condições adversas que sugerem exposição ocupacional e sem vínculo estável, como no caso da Construção Civil¹⁷³, aspecto

¹⁷² A PNAISH objetiva “[...] promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que [...] possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população” (BRASIL, 2008c, p. 03).

¹⁷³ Consideramos pertinente, dado o significativo número de pessoas da pesquisa inseridas na Construção Civil, um enfoque maior à análise desse ramo laborativo, sem, contudo, desconsiderar a existência de condições que degradam a saúde dos trabalhadores inseridos nas outras profissões elencadas no estudo.

que se torna mais nítido ao considerarmos o significativo número de sujeitos da pesquisa idosos não inseridos no sistema de proteção social.

Outro agravante é o fato de a LT, conforme abordado aqui, ser realizada, sobremaneira, em decorrência do estadiamento avançado do câncer de laringe, após anos de possível exposição ocupacional e a agentes externos, entre outros fatores. Significa dizer que o impacto socioeconômico da realização do procedimento resulta em perdas significativas para o paciente e sua família/rede de apoio, ainda mais quando consideramos que 9 dentre os usuários, mesmo idosos, não tinham renda e informaram situação de desemprego.

Ao sistema, por sua vez, o impacto da LT não tem o mesmo efeito devastador, ao contrário, uma vez que, como indica Teixeira S.M. (2008), quando se torna “descartável” para o capital, o idoso fica desprovido de renda e meios de subsistência, capazes de promover uma velhice digna. A mesma autora, em outro estudo, vai ressaltar que

É a classe trabalhadora a protagonista da tragédia no envelhecimento, considerando-se a impossibilidade de reprodução social e de uma vida cheia de sentido e valor, na ordem do capital, principalmente, quando perde o, 'valor de uso' para o capital, em função da expropriação dos meios de produção e do tempo de vida. Portanto, não é para todas as classes que o envelhecimento promove efeitos imediatos de isolamento, de exclusão das relações sociais, do espaço público, do mundo produtivo, político, artístico, dentre outras expressões fenomênicas dos processos produtores de desigualdades sociais (TEIXEIRA, 2009, p. 64).

Nesse sentido, é mister ressaltar o que Marini (1973)¹⁷⁴ conceitua como superexploração: a negação ao trabalhador das “condições necessárias para repor o desgaste de sua força de trabalho”, desencadeando o seu “esgotamento prematuro”, e o salário abaixo do valor da força de trabalho”, sendo-lhe “retirada inclusive a possibilidade de consumo do estritamente indispensável para conservar sua força de trabalho em estado normal” (MARINI, 1973). Tal observação não está restrita às economias periféricas, “todavia nas economias dependentes essa modalidade se encontra no centro da acumulação” (MOTA, 2013, p. 85), indo ao encontro da concepção de Marx de que

A produção capitalista, que significa essencialmente produção de mais valia, absorção de trabalho excedente, não conduz somente ao empobrecimento da força humana de trabalho, despojada de suas condições normais de

¹⁷⁴ Cf. referência mencionada em nota de rodapé anterior de nº. 40.

desenvolvimento e de exercício físico e moral. Produz, além disso, a extenuação e a morte prematura da mesma força de trabalho. Amplia o tempo de produção do trabalhador durante certo período à custa da duração de sua vida (MARX apud SORIANO, 2009, p. 15).

Desse modo, como Marini (1973)¹⁷⁵ assinala ainda, “não é porque foram cometidos abusos contra as nações não industriais que estas se tornaram economicamente débeis, é porque eram débeis que se abusou delas” (MARINI, 1973), explorando ao máximo o trabalho operário, “sem se preocupar em criar as condições para que este a reponha, sempre e quando seja possível substituí-lo pela incorporação de novos braços ao processo produtivo” (MARINI, 1973).

Ao abordarmos a descartabilidade dos sujeitos decorrente da extrema degradação da saúde e da mutilação corporal (que conduz a uma retirada, por vezes, prematura do mercado de trabalho, bem como à redução da vida média), necessariamente devemos considerar que a Construção Civil (ramo de atuação da maior parte dos participantes da pesquisa) é uma atividade ocupacional historicamente marcada pela intensificação e precarização do trabalho, seguindo a lógica utilizada por Marx de que “o capital é um trabalho morto que como um vampiro se reanima sugando o trabalho vivo e quanto mais o suga mais forte se torna” (MARX, 1975, p. 263).

A construção é uma indústria de caráter nômade. Cria produtos únicos e não em série. Não é possível aplicar a produção em cadeia (produto passando por operários fixos), mas sim a produção centralizada [...]. É uma indústria muito tradicional, com grande inércia no que se refere a alterações. Utiliza mão-de-obra intensiva e pouco qualificada, cujo emprego tem caráter eventual e as possibilidades de promoção são escassas, gerando baixa motivação pelo trabalho. A construção, de maneira geral, realiza seus trabalhos sob intempéries. O produto é único, ou quase único na vida do usuário. São empregadas especificações complexas, quase sempre contraditórias e muitas vezes confusas. As responsabilidades são dispersas e poucos definidas. O grau de precisão com que se trabalha na construção é, em geral, muito menor que em outras indústrias, seja qual for o parâmetro que se contemple: orçamento, prazo, resistência mecânica etc. (LIMA, 2008, p. 69).

Iamamoto discute esse aspecto perverso, em especial, na obra *Trabalho e Indivíduo Social*, na qual aborda a questão da heterogeneidade da condição operária na agroindústria canavieira paulista como expressão da “radicalidade de uma forma histórica de individualidade social típica da sociedade capitalista, em um contexto de

¹⁷⁵ Cf. referência mencionada em nota de rodapé anterior de nº. 40.

desenvolvimento desigual que demarca a modernidade arcaica na sociedade brasileira [...]” (2001, p. 189).

O mesmo ocorre com os trabalhadores da Construção Civil, público predominante na pesquisa, que, à semelhança dos trabalhadores rurais analisados por Iamamoto (2001), apresenta-se heterogêneo, de modo que a existência dos sujeitos é “permanentemente ultrajada em sua dignidade no cotidiano das relações de trabalho e da falta de trabalho, demonstrando que a ordem econômica apresenta uma indissociável dimensão ético-política” (IAMAMOTO, 2001, p. 197). Harvey (2016, p. 121) destaca, nesse sentido, que “os trabalhadores são isolados e individualizados, alienados uns dos outros pela competição e [...] a unidade entre os aspectos mentais e manuais do trabalho se rompe”.

A Construção Civil tem, ainda, como características, a alta rotatividade da força de trabalho, a fragilidade dos vínculos empregatícios formais e a terceirização, fatores que afetam e influenciam os riscos e a falta de segurança. Conforme Gomes (2011, p. 39), “as condições precárias de alimentação e sanitárias, da falta de saúde e de segurança no local de trabalho e as longas jornadas, tudo contribui para a fragilização da saúde do trabalhador”.

Marx (2013, p. 311), a esse respeito, vai colocar que “o capital tem ‘boas razões’ para negar os sofrimentos da geração de trabalhadores que o circundam”. Estamos de acordo com a visão de Vasconcellos (2011) de que, no direito trabalhista, atualmente, a centralidade está na “prevenção do desgaste da força de trabalho” (VASCONCELLOS, 2011, p. 128), que visa, via de regra, apenas evitar situações em que o trabalhador não esteja apto para o trabalho, ou seja, reduzir o absenteísmo, levando o trabalhador a vivenciar uma situação em que não existe uma condição adequada ou ideal de saúde no espaço de trabalho.

Sendo assim, não é de se estranhar que os sujeitos da pesquisa tenham chegado ao extremo da LT, com a saúde extremamente desgastada. É importante ressaltar, também, o número significativo de óbitos praticamente subsequentes à realização da cirurgia, conforme evidenciado na Tabela 6.

Tabela 6 – Mortalidade dos sujeitos da pesquisa: INCA/HC1, março de 2014 a maio de 2015

Pacientes	N	%
Vivos	26	68,42
Óbitos (até 6 meses após a cirurgia)	4	10,52
Óbitos (+ de 6 meses até 2 anos após a cirurgia)	8	21,05
Total	38	100

Fonte: informações gerenciais (INCA/HC1), março de 2017.

Como pode ser observado através da pesquisa (cuja informação foi atualizada em 19 de março de 2017), dos 12 óbitos (31,57%) ocorridos após a cirurgia, todos ocorreram em período inferior a 2 anos, sendo 4 deles (10,52%) em período igual ou inferior a 6 meses da realização da LT. Após tantas reflexões tecidas durante a elaboração do presente estudo, uma em especial vem à mente, novamente recorrendo à análise de Francisco de Oliveira (1989) sobre a mortalidade das classes trabalhadoras, temos que

A mortalidade é um ‘gasto de trabalho’, que se apresenta ora sob a forma de ‘desperdício de trabalho’ ora sob a forma de ‘economia de trabalho’; a mortalidade é um ‘gasto de trabalho’ na medida em que a produção de mercadorias e seu desdobramento natural, a produção de mais-valia, ‘consome’ forças de trabalho. E as consome realmente, pois o próprio consumo produtivo da força de trabalho, isto é, a incorporação do valor, é um consumo físico. O consumo das forças de trabalho é irreparável na medida mesma em que a produção de mercadorias e a produção de mais-valia assentam-se na apropriação de trabalho não-retribuído, e o produto do trabalho aparece como pressuposto ou reposição da continuação do processo; fisicamente, ele será também irreparável na medida em que o salário estiver por debaixo do custo de reprodução. Essa contradição é insanável no modo de produção capitalista, e por ela ou através dela se pode perceber o que é a real submissão da força de trabalho ao capital (OLIVEIRA, 1989, p. 10).

Podemos dizer que o capital não se preocupa com a duração da força de trabalho. Interessa-lhe o máximo de força de trabalho que pode ser posta em atividade, atingindo “esse objetivo encurtando a duração da força de trabalho, como um agricultor voraz que consegue uma grande produção exaurindo a terra de sua fertilidade” (MARX, 2013, p. 307). Como acrescenta Harvey (2016, p. 242), “a ideia de que o capital exige a destruição de uma natureza humana digna e sensível já foi entendida há muito tempo”.

Considerando os sujeitos da pesquisa, uma consulta breve aos prontuários já indicaria que o retorno ao trabalho após a cirurgia se trata de uma realidade distante, haja vista a quantidade de registros do Serviço Social com encaminhamento ao INCAvoluntário¹⁷⁶, que, organiza todas as ações assistenciais no INCA, recebendo doações de bens materiais, serviços ou recursos financeiros de pessoas físicas ou empresas. Entre os encaminhamentos mais recorrentes, estão a Bolsa de Alimentos (BA) e o auxílio-transporte, que é um valor em dinheiro destinado ao paciente para deslocamento do INCA para a residência e vice-versa.

Como em muitos casos, o paciente submetido à LT entra na fase de *controle* da doença, ou seja, quando a sua presença no hospital deixa de ser frequente devido ao espaçamento dos sintomas e da cessação de tratamentos contínuos, como a radioterapia e a quimioterapia, os recursos deixam de ser concedidos pelo INCAvoluntário, que apenas permite a sua concessão mediante avaliação social favorável à excepcionalidade. A consulta aos prontuários demonstrou que a concessão em caráter “excepcional” muitas vezes foi realizada, após avaliação do assistente social, em situações descritas pelo usuário como de ausência total ou parcial de renda, pelo não reingresso ao mercado de trabalho após a LT e, em muitos casos, pelo não acesso aos recursos previdenciários e/ou assistenciais no decorrer do tratamento. A justificativa da dificuldade socioeconômica possibilita a esses pacientes a manutenção da Bolsa de Alimentos por até três meses, em média, sendo muitas vezes renovada a concessão após cessação do recurso¹⁷⁷.

O que ocorre, contudo, é que o INCAvoluntário não raro questiona a avaliação do assistente social que renova a Bolsa de Alimentos de pacientes em situação de controle da doença. Nesses casos, a realidade do usuário aponta para uma condição em que sua descartabilidade para o sistema se torna mais evidente, uma problemática comum a boa parte dos sujeitos do estudo, que, como visto

¹⁷⁶ O INCAvoluntário distribui mensalmente cerca de mil bolsas de alimentos para pacientes em situação socioeconômica desfavorável que estejam em tratamento no INCA, cuja avaliação da concessão é realizada pelos assistentes sociais do Instituto (INCA, 2016).

¹⁷⁷ A Bolsa de Alimentos, concedida em média por até 4 meses a critério do profissional que avalia, pode ser renovada, suscitando uma nova avaliação pelo assistente social em relação à persistência da dificuldade socioeconômica vivenciada pelo usuário em condição de controle.

anteriormente, não possuíam renda (13 pessoas, em um universo de 38 pacientes), equivalendo a 34,21% do grupo pesquisado.

Ao não conseguir acessar a proteção social do Estado, o usuário encontra-se duplamente destituído das condições garantidoras de sua sobrevivência, uma vez que não pode contar, também, com ação das organizações privadas não lucrativas¹⁷⁸, mais uma vez devido aos critérios que o tornam inelegível à concessão dos recursos materiais, nesse caso específico, dos alimentos.

Em outras palavras, equivale a considerar que essas pessoas vivenciam uma “conquista às avessas”: a de sobreviverem ao câncer, mediante a submissão a um procedimento invasivo e mutilador, ao passo que essa sobrevivência não é acompanhada de nenhuma política específica que considere a dificuldade desses usuários no que tange à reinserção ao mercado de trabalho após a mutilação ou que os possibilite acessar a proteção social de forma diferenciada¹⁷⁹. Verifica-se que o público da pesquisa, em especial, é considerado descartável do ponto de vista do capital e está entre os segmentos “considerados mais descartáveis do que outros” (HARVEY, 2016, p. 109).

Ao nos debruçarmos sobre a análise do desenvolvimento das forças produtivas e das suas repercussões para a degradação da saúde dos trabalhadores, especialmente num país periférico como o Brasil, importa-nos ressaltar que o modelo de Seguridade Social brasileiro não reconhece a complexidade do adoecimento por câncer em relação a procedimentos cirúrgicos extremos como a Laringectomia total, que garante a sobrevivência ao paciente – limitada em muitos casos, haja vista a quantidade de óbitos subsequentes –, mas reserva-lhe uma morte “social”, evidenciando sua descartabilidade para o sistema. A esse respeito, Aredes (2014), no artigo “Um morrer em vida: a morte social na área da saúde”, vai explorar essa dimensão ainda pouco valorizada no âmbito da saúde, afirmando que

devido à gravidade dessas doenças, as vítimas não retomam suas atividades anteriores de forma plena, sejam atividades que envolvem

¹⁷⁸ Conforme destaca Alencar (2009, p.7-8), em meio à “despolitização das demandas sociais [...] ganha acento a noção de ‘terceiro setor’, enquanto espaço situado ao lado do Estado (público) e Mercado (privado), no qual são incluídas entidades de natureza distinta como ONGs, fundações empresariais, instituições filantrópicas e atividades do voluntariado”.

¹⁷⁹ Ressaltando-se aqui, primordialmente, a condição dos usuários apresentada nos resultados da pesquisa, que indicou um número significativo de idosos, desempregados e recorrendo ao voluntariado do INCA para obter alimento.

sistema locomotor, neurológico, ou mesmo atividades sociais, como trabalhar, estudar. E, caso as retome, os doentes precisam criar outro 'espelho de si', a imagem que ele tem de si precisa ser ressignificada diante dessa nova condição física que irá privá-lo de algumas atividades realizáveis antes do acometimento da doença. Isso porque ele torna-se um diferente, devido ao seu novo estado, mas tal condição não o faz detentor do direito a essa diferença que ele adquiriu. Ao contrário, essa nova readaptação requer o enfrentamento de vários entraves sociais, como o estigma da doença que pode englobar tanto os aspectos físicos, comportamentais ou morais (AREDES, 2014)¹⁸⁰.

De igual modo, mais uma vez, vem à tona a atualidade do pensamento de teóricos como Florestan Fernandes, que ao considerar a dimensão político-social do Brasil vai apontar para quais parcelas da população o efeito do desenvolvimento desigual se mostra mais cruel diante dos “entraves sociais” informados por Aredes (2014).

[...] a sociedade civil existente o Brasil incorpora morfologicamente milhões de miseráveis da terra, de trabalhadores assalariados livres e semilivres. Porém, ao mesmo tempo, castra-os socialmente. Eles não possuem nem peso nem voz nessa sociedade civil. Os senhores da fala, da riqueza e do poder decidem tudo. Aos outros, a imensa maioria de não cidadãos ou de cidadãos pela metade, sejam ou não eleitores, cabe o papel passivo de sofrer e obedecer (FERNANDES, 1989, p.31).

Como informa Ianni (1992, p.112), “a mesma sociedade que fabrica a prosperidade econômica fabrica as desigualdades que constituem a questão social”. A discussão, em particular, das condições de vida de pessoas com uma enfermidade que, pela debilidade física, conseqüentemente sofrerão os impactos de sobreviverem em uma sociedade que valoriza o desenvolvimento, o progresso, a produtividade e a jovialidade a despeito de todas as formas de exploração engendradas, assume especial relevância em tempos de “mercantilização universal e sua indissociável descartabilidade, superficialidade e banalização da vida” (IAMAMOTO, 2006, p.4). Harvey (2016), a esse respeito, afirma que “segmentos cada vez maiores da população mundial serão considerados redundantes e descartáveis como trabalhadores produtivos e terão dificuldades para sobreviver, tanto material quanto psicologicamente”(HARVEY, 2016, p.105). Como acréscimo,

O capital financeiro, ao subordinar toda a sociedade, impõe-se em sua lógica de incessante crescimento, de mercantilização universal. Ele aprofunda desigualdades de toda a natureza e torna paradoxalmente invisível o trabalho vivo que cria a riqueza e os sujeitos que o realizam.

¹⁸⁰ AREDES, J. Um morrer em vida: a morte social na esfera da saúde. Observatório da diversidade cultural [2014]. Disponível em: <<http://observatoriodadiversidade.org.br/site/um-morrer-em-vida-a-morte-social-na-esfera-da-saude/>>. Acesso em: 15 set. 2016.

Nesse contexto, a 'questão social' é mais do que pobreza e desigualdade. Ela expressa a banalização do humano, resultante de indiferença frente à esfera das necessidades das grandes majorias e dos direitos a elas atinentes. Indiferença ante os destinos de enormes contingentes de homens e mulheres trabalhadores – resultados de uma pobreza produzida historicamente (e, não, naturalmente produzida), universalmente subjugados, abandonados e desprezados, porquanto sobranes para as necessidades médias do capital (IAMAMOTO, 2008, p. 123).

Nesse sentido, como desfecho do capítulo e tendo em vista o propósito da presente tese, a partir dos elementos até aqui submetidos à intensa reflexão, cumpre-nos apontar que os principais aspectos que conferem complexidade à LT estão inseridos no marco de um campo ainda pouco estudado e que se encontra aberto a novas investigações, clamando por urgência, já que guardam o potencial de colaborar para a superação dos desafios colocados para os trabalhadores submetidos à exploração degradante da saúde e das formas de sociabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Citando Ferreira Gullar, as linhas até aqui escritas versam sobre “o operário que esmerila seu dia de aço e carvão nas oficinas escuras” (1980, p. 224) do capitalismo voraz, e que, segundo Marx, “não o solta enquanto houver um músculo, um nervo, uma gota de sangue a explorar” (2013, p.346). Nesse sentido, como destacam Baltar e Krein (2013, p.280), “as repercussões negativas da inserção do Brasil na globalização sobre os trabalhadores aparecem na condição de atividade da população, na posição das pessoas na ocupação e no tipo dessas ocupações”.

Enquanto um estudo de caso resultante da experiência da autora junto aos pacientes da clínica de Cabeça e Pescoço do INCA, voltado, em particular, para a realidade vivenciada pelo público submetido à laringectomia total no Instituto, abordamos, aqui, a materialização, nos corpos dos trabalhadores, das expressões das relações e condições de trabalho e da redução de direitos sociais, sendo oportuno ressaltar que a abordagem realizada no estudo buscou privilegiar o sujeito da pesquisa como trabalhador, reconhecendo a possível exposição a agentes diversos que corroboram para a degradação da saúde, tanto no trabalho, quanto em alguns dos itens de consumo, e que permitem aproximações, ainda que com lacunas, ao seu modo de vida.

Problematizou-se, nesse sentido, a assistência à saúde desses trabalhadores na alta complexidade, considerando os aspectos gerais do câncer de laringe e da laringectomia total no acesso ao tratamento oncológico no SUS. A possível exposição no trabalho e aos agentes externos por parte dos sujeitos da pesquisa aponta para a necessidade do aprofundamento da temática em estudos futuros, uma vez que o adoecimento por câncer pode estar expresso na íntima relação entre o trabalho e o processo saúde-doença, mas que não foi possível aprofundar nesta tese.

No contexto da análise, não perdemos de vista as contradições provenientes do processo de desenvolvimento do capitalismo no país, marcado pela desigualdade e pelos traços particulares da realidade brasileira, evidenciadas nos mecanismos de exploração do trabalho e da (des)proteção social, como também nas discrepâncias regionais, sanitárias e de acesso aos serviços básicos, persistentes nos dias atuais.

Ressaltamos, desse modo, o quanto as condições de vida, de trabalho e de saúde da população são dependentes do acesso aos recursos e serviços, assinalando, no entanto, que as formas de acesso ocorrem de forma diferenciada, de acordo com a posição que os sujeitos ocupam na estrutura social.

Ao refletirmos sobre o processo saúde-doença e as suas repercussões na vida dos usuários, a exemplo da (des)proteção social dos trabalhadores da pesquisa, tivemos a possibilidade efetiva de nos aproximarmos da discussão em torno dos obstáculos à articulação entre as políticas de Previdência Social, de Saúde e da Assistência Social e o quanto a falta de integração entre as políticas previstas pela Seguridade Social – e, inclusive, das demais – repercute diretamente nas condições e no modo de vida dos sujeitos.

Ademais, decorrente do exposto, a análise priorizou o fato de o atendimento aos usuários, pesquisados neste estudo de caso, revelar uma condição pouco retratada na literatura: a do não reconhecimento da qualidade de segurado pelo INSS (muito embora o paciente a possuía), nem dos critérios concernentes ao BPC/LOAS. Ambas as condições tornam o paciente inelegível à concessão e acesso aos benefícios (previdenciário e assistencial), suscitando a discussão em torno da “assistencialização” da proteção social: apesar de ser trabalhador e produzir, o paciente não consegue ter acesso ao benefício de auxílio-doença, uma vez que a Previdência Social tem sua lógica centrada no seguro social, terminando por recorrer aos recursos assistenciais como alternativa de sobrevivência, mas, por vezes, também não conseguindo acessá-la.

Foi possível, assim, a partir da pesquisa e da revisão realizada, confirmar a hipótese inicial do estudo: a de que a (des)proteção social perpassa os três pilares da Seguridade Social. Isto é, se expressa no âmbito da Saúde, seja no âmbito da possível exposição nos processos de trabalho, seja na esfera de assistência à Saúde; seja na inelegibilidade como beneficiário da Previdência Social e/ou da Assistência Social – nesta última, por vezes, distorcidamente, por não acessar os benefícios previdenciários.

No que se refere, especificamente, à Saúde, foi possível aproximar, ainda que preliminarmente, à discussão da possível exposição no trabalho – ressaltando-se, todavia, a indisponibilidade de dados e de acesso, em termos de busca ativa, destes

usuários retratados pelos dados secundários, para um aprofundamento do estudo. A ausência do histórico laboral dos sujeitos da pesquisa nos prontuários analisados pode ser sinalizada como uma importante lacuna do estudo, porém revela a necessidade de que informações consistentes sejam coletadas pelos profissionais de saúde sobre os trabalhadores atendidos no SUS, independentemente do nível de complexidade do sistema.

É relevante, nesse sentido, destacar as limitações do estudo no que diz respeito à obtenção de informações, nos prontuários, que revelassem outros aspectos relativos ao modo de vida desses trabalhadores, como a alimentação, lazer, atividade física, entre outros, que possibilitassem um "avanço" em relação às informações restritas ao consumo de tabaco e álcool pelos usuários, o que também suscita o desenvolvimento futuro de pesquisas que ampliem a discussão. Também se constituiu em fator limitador do estudo, o caráter *ex post facto* desta pesquisa, que não permitiu o acesso a estes usuários, de forma a contemplar um levantamento pormenorizado de suas histórias de vida e de trabalho – questão esta essencial em uma possível busca ativa para a discussão do câncer relacionado ao trabalho, tendo em vista o grande período de latência desta patologia e, conseqüentemente, sua pouca e tardia visibilidade, isto é, apenas na fase terminal da doença.

Já no que tange à assistência em Saúde, problematizamos os entraves ao acesso e à continuidade do tratamento e a intensa culpabilização a que é submetido o paciente no que tange ao consumo de substâncias consideradas “de risco” à saúde, a exemplo do tabaco e do álcool. No que tange ao acesso, verificou-se as barreiras ao diagnóstico precoce na Atenção Básica, expressas no estadiamento avançado da doença, decorrente do tempo de espera entre o diagnóstico de câncer e a efetivação da matrícula na unidade de alta complexidade. O SER, como sistema gerador de uma fila virtual de pessoas aguardando uma possibilidade de atendimento que, muitas vezes, não é efetivado, repercute, por sua vez, na judicialização do acesso à saúde. Na mesma direção, é válido ressaltar que várias questões adensaram a discussão em torno da realização do procedimento de laringectomia total na alta complexidade, de tal modo que os resultados apresentados no estudo sugerem novos e diferentes caminhos a serem explorados em pesquisas futuras.

Outro importante movimento foi empreendido, ainda, no sentido de abordarmos uma temática até o momento pouco explorada pelo Serviço Social brasileiro, mas que apresenta inúmeras possibilidades para o debate acadêmico, da formulação e efetivação de políticas: a da suscetibilidade da política de Saúde no Brasil, a despeito dos grandes avanços trazidos pelo SUS, aos interesses do capital proveniente da indústria da Saúde e do slogan (neo)desenvolvimentista, sobretudo na atenção especializada e de alta complexidade.

No âmbito da Previdência Social, interessou desvelar os aspectos relacionados ao (não) acesso aos benefícios previdenciários, pela perda ou não atenção aos critérios que franqueiam a qualidade de segurados a estes trabalhadores, seja pela inserção informal no mercado de trabalho, seja pelo não reconhecimento da qualidade de segurado/contribuinte, fazendo com que muitos tenham recorrido ao recurso assistencial. A Assistência Social é, de fato, a última instância a que recorrem os trabalhadores, aspecto observado empiricamente nos atendimentos e ratificado no estudo, tendo em vista que os sujeitos da pesquisa, de modo geral, buscaram inicialmente o acesso ao benefício previdenciário em decorrência do adoecimento.

Nesse sentido, merece destaque a ausência, na Seguridade Social brasileira, de dispositivos que garantam proteção social aos pacientes submetidos a alterações estéticas graves, decorrentes de procedimentos cirúrgicos a exemplo da LT, tendo como decorrência o não acesso aos recursos previdenciários/assistenciais e a ausência de renda durante e após o tratamento de Saúde, sendo forte o impacto do adoecimento para os trabalhadores idosos não inseridos no sistema de proteção social e que se encontram impossibilitados de vender sua força de trabalho.

A persistência de condições que desencadeiam a degradação da saúde, a exemplo do maior desgaste no trabalho, da instabilidade do vínculo trabalhista e da possível exposição a agentes reconhecidamente cancerígenos e causadores de doenças diversas, a despeito dos avanços das concepções e das práticas, seja no campo da Saúde do Trabalhador no Brasil, seja em outras áreas de políticas sociais afins, evidencia “a degradação lenta e cancerígena que representa um grande problema, para o qual o capital não está preparado e cuja gestão depende da criação de novas instituições e novos poderes” (HARVEY, 2016, p. 236).

De fato, a abordagem em torno da descartabilidade dos sujeitos da pesquisa, promovida pelo capital, seja pela incapacidade para o trabalho ou pela morte, partiu principalmente da consideração da LT como expressão do descompasso entre desenvolvimento econômico e social, “que faz crescer as forças produtivas sociais do trabalho e o esvaziamento da humanidade dos homens e mulheres que criam a riqueza para outros” (IAMAMOTO, 2001, p.279).

Ressalta-se, aqui, o fato das políticas sociais que conformam a Seguridade Social ainda apresentarem a tendência, como mencionado, de atuação *ex post facto*, não proporcionando, respectivamente, ambientes realmente seguros no que tange à exposição no trabalho e no consumo, conformando as condições e o modo de vida dos sujeitos e da população em geral, ainda no que se refere ao acesso adequado e/ou nas ações limitadas dos serviços disponibilizados pela Saúde, Previdência e Assistência Social no momento em que o trabalhador já se encontra adoecido. Portanto, a partir dos vários aspectos discutidos e exemplificados nesta tese, através dos sujeitos que “perderam a voz” com a laringectomia total, sinalizamos a importância do aprofundamento das questões apresentadas, em estudos futuros, de forma a contribuir com o conhecimento em torno da (des)proteção social vivenciada pelos trabalhadores acometidos por câncer no país e que superem, ou, pelo menos, mitiguem esta persistente condição dos “sem vez”.

REFERÊNCIAS

ABRAMGE. Associação Brasileira de Medicina de Grupo. **Saúde dados**. [2014]. Disponível em: <<http://www.abramge.com.br/portal/index.php/pt-BR/>>. Acesso em: 12 set. 2016.

ABREA. **Amianto no Brasil**. Disponível em: <http://www.abrea.com.br/o-amianto/amianto-no-brasil.html>. Acesso em: 27 nov. 2017.

ACT. **Aliança de controle do tabagismo**. Disponível em: <actbr.org.br>. Acesso em: 04 mai. 2016.

ALBUQUERQUE, G. **A produção social do humano e a determinação da saúde e da doença**. 2009. Disponível em: <<https://foradasala.files.wordpress.com/2011/10/guilherme-albuquerque-a-producao-social-do-humano-e-a-determinacao-da-saude-e-da-doenca.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2017.

ALCANTARA, L. S.; OLIVEIRA, A. C. A. M. Quebrando pedras e plantando flores: a relevância da orientação previdenciária na atenção oncológica. In: **Anais...Congresso brasileiro de assistentes sociais (CBAS)**, 14., 2013, Águas de Lindóia. Águas de Lindóia: CFESS, 2013.

_____. et al. Interdisciplinaridade e integralidade: a abordagem do assistente social e do enfermeiro no INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro 60(2), p. 109-118, 2014.

_____. et al. Adoecimento e finitude: considerações sobre a abordagem interdisciplinar no Centro de Tratamento Intensivo oncológico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2507-2514, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000900004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2016.

_____.; VIEIRA, J. M. W. Serviço social e humanização na saúde: limites e possibilidades. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, 12, (2), 2013.

ALENCAR, M.M.T. O desemprego contemporâneo como elemento da acumulação capitalista e da luta de classes. **O Social em Questão**. Ano XIV - nº 25/26, 2011.

_____. **O trabalho do assistente social nas organizações privadas não lucrativas**. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. – Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

ALMEIDA, E. H. R. Ética e perícia médica. In: BISCAIA, L. **Perícia médica: consulta rápida**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

ALMEIDA, E. P.; BICUDO, E. Psicoesfera e medicina: meio construído urbano e congressos médicos na América Latina. **Revista Geográfica Venezuelana**, Venezuela, v. 51, n. 2, 2010, p. 179-201.

ALMEIDA FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 865-884, dez. 2004.

_____. Bases históricas da Epidemiologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 304-311, set. 1986. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1986000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2017.

ALMEIDA, M.C.C.; ALVES, A.E.S. **Trabalho, capital e o processo de formação da força de trabalho na Construção Civil**. X Seminário Nacional da Historiografia da Educação Brasileira - HISTEDBR. [2016]. Disponível em:
<<https://www.fe.unicamp.br/eventos/histedbr2016/anais/pdf/1000-2871-2-pb.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

ALVES, C. G, MORAIS NETO, O. L. M. Tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federadas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20(3), p. 641-654, mar. 2015.

ANDRADE, J. W. S. Reabilitação profissional no âmbito do Regime Geral da Previdência Social. In: BISCAIA, L. **Perícia médica: consulta rápida**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. – Ano 1, n. 1. Rio de Janeiro: ANS, Ano 9, n. 2 (jun.), 2015. Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2015_mes06_caderno_informacao.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2016.

ANTAS JR., R. M. O complexo industrial da saúde no Brasil: uma abordagem a partir dos conceitos de circuito espacial produtivo e círculos de cooperação no espaço. **GEOgraphia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 32, p. 38-67, 2014.

AREDES, J. Um morrer em vida: a morte social na esfera da saúde. **Observatório da diversidade cultural** [2014]. Disponível em:
<<http://observatoriodadiversidade.org.br/site/um-morrer-em-vida-a-morte-social-na-esfera-da-saude/>>. Acesso em: 15 set. 2016.

AZEVEDO, P. F. et al. A cadeia de saúde suplementar no Brasil: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas. Centro de Estudos em Negócios do Insper, **White Paper**, n. 1, São Paulo, maio 2016. Disponível em:
<<https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2016/09/estudo-cadeia-de-saude-suplementar-Brasil.pdf>>. Acesso em 13 mai 2017.

BALTAR, P. E. A.; KREIN, J. D. A retomada do desenvolvimento e a regulação do mercado do trabalho no Brasil. **Caderno CRH**, Salvador, v. 26, n. 68, p. 273-292, maio/ago. 2013

BARBOSA, I. R. et al . Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 253-262, jan. 2016 .

BARBOSA, L.N.F.; FRANCISCO, A. L. Paciente laringectomizado total: perspectivas para a ação clínica do psicólogo. **Paidéia**, v. 21, n. 48, p. 73-81, jan/abr. 2011.

BARBOSA, L.N.F. et al . Repercussões psicossociais em pacientes submetidos a Laringectomia total por câncer de laringe: um estudo clínico-qualitativo. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 45-58, jun. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 mar. 2016.

BARBOSA, R. N. C. Trabalho e economia solidária: elementos para pensar a desigualdade social. In: **Reunião anual da SBPC**. Natal: UFRN, 2010. p.15.

BARCELLOS, C.; PEREIRA, M. P. B. O território no programa de saúde da família. **Hygeia**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

BARRETO, E.M.T. Acontecimentos que fizeram a história da Oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Revista Brasileira de Cancerologia** 2005; 51(3): 267-275.

BARROS, C. J. **As condições de trabalho na Construção Civil**. 2015. Disponível em: <http://reporterbrasil.org.br/wp-content/uploads/2015/02/23.-constru%C3%A7%C3%A3o_civil_ENP_baixa.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2017.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saude soc.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, jul.2002.

BARROS, M. C. A. **Previdência ou assistência social**: trajetória dos usuários do serviço de Oncologia do Hospital Universitário Antônio Pedro no acesso aos benefícios operacionalizados pelo Instituto Nacional do Seguro Social. 2013. Trabalho de conclusão do Curso (Especialização em Serviço Social e Saúde) – Faculdade de Serviço Social / Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FSS/UERJ), Rio de Janeiro, 2013.

BARROS, P. C. R., MENDES, A. M. B. Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da Construção Civil. **Psico-USF**, Itatiba, v. 8, n. 1, p. 63-70, jan./jun. 2003.

BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A.F.; CORBO, A.M.D'A. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3120150/mod_resource/content/2/O%20territ%C3%B3rio%20e%20o%20processo%20sa%C3%BAde-doen%C3%A7a.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2017.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: (des)estruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003. p. 304.

_____. França e Brasil: realidades distintas da proteção social, entrelaçadas no fluxo da história. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 113, p. 7-52, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010166282013000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 ago. 2017.

BENTO, M.R.S. **Classificação Racial**: entre a ideologia e a técnica. 2008. 132 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Departamento de Sociologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

BERNARDO, M.H.J. **Cuidado e interprofissionalidade**: uma experiência de atenção integral à saúde da pessoa idosa. UNATI-HUPE-UERJ. Curitiba: CRV, 2016.

BERLINGUER, G. **Questões de vida, ética, ciência e saúde**. Londrina: Hucitec. 1993.

BEZERRA, I.M.P.; SORPRESO, I.C.E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2016.

BIDÁ, G. P. Benefício de Prestação Continuada. In: BISCAIA, L. **Perícia médica: consulta rápida**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

BISCAIA, L. Aposentadoria especial. In: BISCAIA, L. **Perícia médica: consulta rápida**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

BOING, A. F.; ANTUNES, J. L. F. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(2), p. 615-622, 2011.

BORGES, A. G. Reflexões sobre a judicialização de políticas públicas. **Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico (REDAE)**, Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, n. 37, fev./mar./abr. 2014. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com.br/artigo/alice-gonzalez-borges/reflexoes-sobre-a-judicializacao-de-politicas-publicas>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

BOSCHETTI, I. **Assistência social no Brasil**: um direito entre originalidade e conservadorismo. Brasília: GESST/SER/UnB, 2001.

_____. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: CFESS. ABE PSS. (Org.). **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CEAD/ Ed. UnB, 2009.

_____. Seguridade social na América Latina após o dilúvio neoliberal. **Observatório da Cidadania** (IBASE), n. 11, p. 91–98, 2007.

_____. Assistência social: conceber a política para realizar o direito. **Caderno de Textos da IV Conferência Nacional de Assistência Social**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 31-48, 2003.

BRASIL. Portaria n.º 3.214, de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. **Diário Oficial da União**, 06 jul. 1978. Disponível em: <http://www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/ORGaos/MTE/Portaria/P3214_78.html>. Acesso em: 13 jun. 2016.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho. Portaria nº 33, de 27 de outubro de 1983. Altera o Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 out. 1983. p. 18338-183349.

_____. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. Anais. 430 p.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 16 jan. 2016.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 [1990a]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 set. 1990.

_____. Decreto nº 99.350, de 27 jun. 1990 [1990b]. Cria o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, define sua estrutura básica e o quadro distributivo de cargos e funções do grupo-Direção e Assessoramento Superiores de suas unidades centrais, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 jun. 1990. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1990/99350.htm>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

BRASIL. Lei 8.213 de 24 de julho de 1991 [1991a]. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jul. 1991. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1991/lei-8213-24-julho-1991-363650-norma-pl.html>>. Acesso em: 28 out. 2016.

_____. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991[1991b]. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jul.1991. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1991/lei-8212-24-julho-1991-363647-norma-pl.html>>. Acesso em: 28 out. 2016.

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

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, p. 21.082

_____. Portaria nº 3.535/GM, de 2 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em Oncologia. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 out., 1998. 196-E, Seção 1, p. 53-54.

_____. Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999.Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 fev.1999. Disponível em: <[http://arquivos.sbn.org.br/leigos/pdf/ Tratamento_fora_do_domicilio.pdf](http://arquivos.sbn.org.br/leigos/pdf/Tratamento_fora_do_domicilio.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2016.

_____. Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. [Org. Elizabeth Costa Dias; Colab. Idelberto Muniz Almeida et al.] Brasília: Ministério da Saúde do Brasil / OPAS, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS -SUS 01/2002. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 fev. 2002. v. 89, n. 40E, p. 52 Seção 1.

BRASIL. Portaria nº 442 de 13 de agosto de 2004. Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 ago. 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-442.htm>>. Acesso em: 03 mai. 2015.

_____. Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília: Imprensa Oficial, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2006 [2006a].

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Câncer relacionado ao trabalho**: leucemia mielóide aguda – síndrome mielodisplásica decorrente da exposição ao benzeno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006 [2006b].

_____. Decreto n. 6.214, de 26 de setembro de 2007 [2007a]. Regulamenta o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993, e a Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto n. 3.048, de 06 de maio de 1999, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 set. 2007. Brasil, 2007.

_____. Decreto nº 6042, de 12 de fevereiro de 2007 [2007b]. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 fev. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/D6042.htm>. Acesso em: 31 out. 2016.

_____. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 [2008a]. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília: Imprensa Oficial, 2008.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [2008b]. Financiamento da Assistência Social no Brasil. **Caderno SUAS**, Brasília, ano 3, n. 3, 2008.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2008 [2008c]. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

_____. Decreto nº 6.957, de 9 de setembro de 2009. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, no tocante à aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 set. 2009. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6957.htm>. Acesso em: 12 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3^a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 [2010a].

BRASIL. Lei nº 12.269, de 21 de junho de 2010. Dispõe sobre o prazo para formalizar a opção para integrar o Plano de Carreiras e Cargos de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública, de que trata o art. 28-A da Lei no 11.355, de 19 de outubro de 2006 e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 jun.2010. [2010b]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/Lei/L12269.htm>. Acesso em: 10 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 160p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2016.

_____. Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013 [2013a]. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 06 abr.2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html>. Acesso em: 03 mai. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013.[2013b]. 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). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: Imprensa Oficial, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. [2013c]. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Portal da Saúde [2013d]. **Rede organiza atendimento a doenças crônicas**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/9485/162/rede-organiza-atendimento-a-doencas-cronicas.html>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. [2014a]. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em: 8 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. [2014b]. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIGITEL Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Portal Brasil. **Brasil e China assinam protocolo para exportação de tabaco**. [2014c]. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2014/11/brasil-e-china-assinam-protocolo-para-exportacao-de-tabaco>>. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014. [2014d]. Altera o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/986_Decreto8262.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

_____. Portaria MTE Nº 594 de 28/04/2014. [2014e]. Altera a Norma Regulamentadora nº 13 - Caldeiras e Vasos de Pressão. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 abr.2014. Disponível em: <[http://acesso.mte.gov.br/data/files/8A7C816A45B266980145CD35F91A69E4/Portaria%20n.%C2%BA%20594%20\(Nova%20NR-13\).pdf](http://acesso.mte.gov.br/data/files/8A7C816A45B266980145CD35F91A69E4/Portaria%20n.%C2%BA%20594%20(Nova%20NR-13).pdf)>. Acesso em: 20 out. 2016.

_____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Bolsa Família**. 2014. [2014f]. Disponível em: <www.mds.gov.br/bolsafamilia>. Acesso em: 08 de ago. 2017.

_____. Ministério do Trabalho. **NR 18 – Condições e meio ambiente de trabalho na indústria da construção**. [2015a]. Disponível em: <<http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR18/NR18atualizada2015.pdf>>. Acesso em: 4 set. 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Bolsa Família: como funciona.** [2015b]. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e/como-funciona>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

_____. Ministério do Trabalho e Previdência Social. **Documento traz informações sobre os registros de acidente de trabalho ocorridos no País em 2013** [2015c]. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/2015/01/estatisticas-anuario-estatistico-de-acidentes-do-trabalho-2013-ja-esta-disponivel-para-consulta>>. Acesso em: 11 out. 2016.

_____. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. [2016a]. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 08 abr.2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 7 jun 2017.

_____. Ministério da Fazenda. Fazenda divulga relatório sobre a distribuição da renda no Brasil. **Notícias**. Brasília (DF), 02 maio 2016. [2016b]. Disponível em: <<http://www.fazenda.gov.br/noticias/2016/maio/200bspe-divulga-relatorio-sobre-a-distribuicao-da-renda-no-brasil>>. Acesso em: 11 out. 2016.

_____. **Relatório de Gestão Delegação do Brasil junto às Nações Unidas em Genebra**. Senado Federal. [2016c]. Disponível em: <legis.senado.leg.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/200115.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2018.

_____. Portal Brasil. **Governo encontra irregularidades em 1,1 milhão de benefícios do Bolsa Família**. [2016d]. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2016/11/governo-encontra-irregularidades-em-1-1-milhao-de-beneficios-do-bolsa-familia>>. Acesso em: 26 jan. 2018.

_____. Câmara dos deputados. **Licença para acompanhar familiar doente pode passar a valer para trabalhador celetista**. 2016. [2016e]. Radioagência. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/noticias/radio/materias/radioagencia/503060-licenca-para-acompanhar-familiar-doente-pode-passar-a-valer-para-trabalhador-celetista.html>>. Acesso em: 10 set. 2016.

_____. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 jul.2017. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/Lei-13467-2017.htm>>. Acesso em: 7 fev. 2018.

BRAVO, I. S.; MATOS, M. C. de. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS/OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BRAZ, M. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 128, p. 85-103, abr.2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282017000100085&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 out. 2017.

BREILH, J. **Epidemiologia, economia, política e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. **Uma perspectiva emancipadora da pesquisa e da ação baseadas na determinação social da saúde** [Internet]. 2008. Disponível em: <www.enfermagem.ufpr.br/paginas/areas/texto_do_breilh_em_portugues.pdf>. Acesso em: 29 dez.2017.

_____. Precisamos ter um novo viver, com taxas de crescimento menos agressivas, mas com mais qualidade. Entrevista a Cátia Guimarães e Raquel Júnia. **Conferência Mundial de Determinantes Sociais em Saúde**. Rio de Janeiro, RJ: EPSJV/Fiocruz, out. 2011. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/precisamos-ter-um-novo-viver-com-taxas-de-crescimento-menos-agressivas-mas-com>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

_____. **Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad**. 1ª.ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.

_____. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, 6(1):83-101, enero - abril,2010.

_____; GRANDA, E. **Investigação da saúde na sociedade: guia prático sobre um novo enfoque do método epidemiológico**. 2 ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Saúde; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Coleção Pensamento Social e Saúde; 4), 1989. Disponível em: <<http://www.nesc.ufpr.br/processoseletivo2015/politicas/GRANDA,%20Edmundo%20-%20Sa%C3%BAdede%20na%20sociedade.pdf>>. Acesso em: 31 mai. 2017.

BRITO, J.; OLIVEIRA, S. Divisão sexual do trabalho e desigualdade nos espaços de trabalho. In: SILVA FILHO, J. F.; JARDIM, S. (Org.). **A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Te Cora, 1997. p. 245-263.

CAMARANO, A. A., EL GHAOURI, S. K. Famílias com idosos: ninhos vazios? **Texto para Discussão**, Rio de Janeiro, n. 950, 2003. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2879/1/TD_950.pdf. Acesso em: 12 ago. 2016.

CAMARANO, A. A.; FERNANDES, D. Homens idosos que não trabalham, não procuram trabalho e não são aposentados. **Estudos sobre Envelhecimento**, v. 26, n. 62, ago. 2015.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2016.

CARCANHOLO, M.D. Dialética do desenvolvimento periférico: dependência, superexploração da força de trabalho e política econômica. **R. Econ. contemp.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 247-272, maio/ago. 2008.

CARLOTO, C. M. Adoecimento no trabalho, as mulheres na categoria de asseio e limpeza. **Serviço Social em Revista**, 6(1), p. 39-46, 2003. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v6n1_cassia.htm>. Acesso em: 20 out 2016.

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

CARVALHO, I. O fetiche do “empoderamento”: do conceito ideológico ao projeto econômico-político. In: MONTANO, C. (Org.). **O Canto da sereia**: crítica à ideologia e aos projetos do terceiro setor. São Paulo: Cortez, 2015. p. 418.

CARTAXO, A. M. B.; CORDEIRO, J. R. Políticas Sociales y desarrollo en el contexto neoliberal y los desafíos para el trabajo social. In: **El trabajo social en la coyuntura latinoamericana**: desafíos para su formación, articulación y acción profesional. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador, oct. 2009. Disponível em: <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-179.pdf>>. Acesso em: 03 ago.2013.

CASTELLANOS, P. L. Perfis de mortalidade, nível de desenvolvimento e iniquidades sociais na região da Américas. In: BARATA, R. B. (Org.) **Equidade e saúde**: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/ABRASCO; 1997. p. 137-60.

CASTELO, R. **Subdesenvolvimento, capitalismo dependente e revolução**: Florestan a e a crítica da economia política desenvolvimentista. [2012]. Disponível em: <<http://marxismo21.org/wp-content/uploads/2012/11/R-C-Branco-FF.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2016.

CASSAL, V.B. et al. Agrotóxicos: uma revisão de suas consequências para a saúde pública. Revista Eletrônica em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental - **REGET**. V.18 n. 1, abr. 2014, p.437-445.

CECAFE. Conselho dos Exportadores de Café do Brasil. **Exportações brasileiras de café**. Disponível em: <<http://www.cecafe.com.br/>>. Acesso em: 10 out. 2016.

CHAGAS, C. C. et al. Câncer relacionado ao trabalho: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 21 (2), p. 209-23, 2013.

CHESNAIS, F.; SERFATI, C. Ecologia e condições físicas da reprodução social: alguns fios condutores marxistas. **Crítica Marxista**, São Paulo, n. 16, p. 39-75, 2003.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

CHILLIDA, M. S.; COCCO, M. I. M. Saúde do trabalhador & terceirização: perfil de trabalhadores de serviço de limpeza hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 271-276, abr. 2004.

CHONE, C. T. Changing paradigms in treatment of larynx cancer. **Brazilian journal of otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 80, n. 2, p. 96-97, 2014.

CITO. Centro Integrado de Terapia Onco-Hematológica. **Recidiva do câncer**. Disponível em: <<http://www.cito.med.br/?menu=artigos&idcat=8&idmenu=82&idartigos=572>>. Acesso em: 16 fev. 2016.

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

_____. **Código de ética profissional do assistente social**. Brasília, DF: CFESS, 1993.

CNDSS. **Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006001341.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

COHN, A. **Previdência social e processo político no Brasil**. São Paulo: Moderna, 1980. p. 245.

COSTA, I. C.; BARBOSA, I. R. A determinação social no processo de adoecimento no contexto das populações negligenciadas. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/opinioes/a-determinacao-social-no-processo-de-adoecimento-no-contexto-das-populacoes-negligenciadas/>>. Acesso em: 12 set. 2016.

COSTA, L. R. Subcontratação e informalidade na Construção Civil, no Brasil e na França. **Caderno CRH: revista do Centro de Recursos Humanos da UFBA**, Salvador, v. 24 n. 62, p. 413-434, mai./ago. 2011.

COSTA, M. S. **Despotismo de mercado**: medo do desemprego e relações de trabalho em contexto de reestruturação produtiva brasileira dos anos 90. 2002. 246f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: IUPERJ, 2002.

COUTO, B.R. Assistência Social em relevo: um movimento necessário. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 09-10, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v18n1/pt_1414-4980-rk-18-01-00011.pdf>. Acesso em: 3 fev.2018.

COUTRIM, R. M. E. Idosos trabalhadores: perdas e ganhos nas relações intergeracionais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 367-390, mai./ago. 2006.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M.R. **Treinamento de profissionais e multiplicadores realizados pelo NEPAD/UERJ**– Abordagem Avaliativa. Rio de Janeiro: Mimeo, 2000.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 43-58.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Proporção de pessoas com baixa renda no Brasil – 2010** [2016]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/pobrezauf.def>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

_____. **Informações de saúde** (TABNET). 2013. Disponível em:<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

DAVID, V. C. **Território usado e circuito superior marginal**: equipamentos médico-hospitalares em Campinas, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto (SP). 2010. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

DICIO. Dicionário Online de Português. **Etilismo**. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/etilismo/>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

DIETZ, A. et al. Exposure to cement dust, related occupational groups and laryngeal cancer risk: results of a population based case-control study. **Int J Cancer**, p. 907-11, 2004.

DI GIOVANNI, G. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: Oliveira, Marco Antonio de (Org.). **Reformas do Estado e políticas de emprego no Brasil**. Campinas, SP: UNICAMP, 1998.

DIOGO, M. F. Os sentidos do trabalho de limpeza e conservação. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 483-492, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722007000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2017.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 nov. 2017.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 41-46, set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010288392004000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 ago. 2017.

ERNST; YOUNG. **Estudo sobre produtividade na Construção Civil**: desafios e tendências no Brasil. [2014]. Disponível em: <[http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY_Estudo_Produtividade_na_Construcao_Civil/\\$FILE/Estudo_Real_Estate.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY_Estudo_Produtividade_na_Construcao_Civil/$FILE/Estudo_Real_Estate.pdf)>. Acesso em: 21 ago. 2017.

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

FABRICIO, M. M. **O projeto como processo intelectual e como processo social**. São Carlos: Universidade de São Paulo, Escola de Engenharia de São Carlos, 2002. Disponível em: <www.eesc.usp.br/sap/grad/disciplinas/SAP505/TEXTOS/Aula3e4.pdf>. Acesso em: 16 out. 2016.

FACCHINI, LA.; SOUZA, L.E. Apresentação. In: CARNEIRO, F.F.; AUGUSTO, L.G. da S.; RIGOTTO, R.M. et al. (Org.) **Dossiê Abrasco**: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.

FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns. GLOBOCAN 2012. **International journal of cancer**, Genève, v. 136, n. 5, p. 359-386, 2015.

FERRAZ, F.C.A. As guerras mundiais e seus veteranos: uma abordagem comparativa. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 28, n. 56, p. 463-486, 2008.

FERNANDES, F. **Sociedade de classes e subdesenvolvimento**. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.

FERNANDES, F. **A constituição inacabada**: vias históricas e significado político. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

_____. **Reflexão sobre o socialismo e a autoemancipação dos trabalhadores**. São Bernardo do Campo: Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo e Diadema, 1995.

_____. **A Revolução Burguesa no Brasil**: ensaio de interpretação sociológica. 5. ed. São Paulo: Globo, 2006.

_____. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

FERNANDES, S.R.P. Saúde e trabalho: controvérsias teóricas. **Caderno CRH**. Salvador. n. 24/25. p. 155-169. jan/dez, 1996. Disponível em: <<https://www.cadernocrh.ufba.br/index.php/crh/article/viewFile/18652/12026>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

FIALHO, K.E.R. et al. Aspectos econômicos da Construção Civil no Brasil. **XV Encontro nacional de tecnologia do ambiente construído**. Maceió (AL), nov. 2014. Disponível em: <http://www.infohab.org.br/entac2014/artigos/paper_179.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2017.

FLACSO. Faculdade Latinoamericana de Ciências Sociais. **Consumo de bebidas alcoólicas no Brasil**. Rio de Janeiro, 2012. p.162.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 200.

FONSECA, A. P. **O Serviço social na atual política de Previdência Social**: implicações dos processos de contrarreforma para o exercício profissional dos assistentes sociais no Instituto Nacional de Seguro Social. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

FONSECA, M. O Banco Mundial como referência para a justiça social no terceiro mundo: evidências do caso brasileiro. **Rev. Fac. Educ.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 37-69, jan. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010225551998000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2016.

FOCHEZATTO, A.; GHINIS, C. P. Determinantes do crescimento da Construção Civil no Brasil e no Rio Grande do Sul: evidências da análise de dados em painel. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v. 31, número especial, p. 648-678, jun. 2011.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FRANCO, T. et al. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2018.

FREITAS, A. A. S. **Os cuidados cotidianos aos homens adultos hospitalizados com traqueostomia por câncer na laringe**. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2012. 244p.

_____.; COELHO M. J. Reflexão do cuidar cuidados de enfermagem ao cliente adulto em uso de traqueostomia de urgência. Pesquisando em enfermagem, maio. 2008, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, 2009.

GADELHA, C. A. G. et al. **A relação entre saúde e desenvolvimento**: um novo olhar para as políticas públicas [2012]. Disponível em: <<http://www.sep.org.br/artigos/download?id=1926&title=A+rela%C3%A7%C3%A3o+entre+sa%C3%BAde+e+desenvolvimento%3A+um+novo+olhar+para+as+pol%C3%ADticas+p%C3%BAblicas>>. Acesso em: 07 out. 2016.

_____. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, número especial, p. 11-23, 2006.

_____. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(2), p. 521-535, 2003.

GALIZIA, S. V. Rebatimentos do processo de “assistencialização” da proteção social no serviço social previdenciário. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 17(2), p. 111-119, jul./dez. 2011.

GANDRA, A. Inca completa 500 cirurgias de câncer com uso de robô desde 2012. Empresa Brasil de Comunicação (EBC), Geral, 21 set. 2015. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-09/inca-comemora-500-cirurgias-com-uso-de-robotica-desde-2012>>. Acesso em: 11 out. 2016.

GENTIL, D. L. **A Política Fiscal e a Falsa Crise da Seguridade Social Brasileira – Análise financeira do período 1990-2005**. 2006. 358 f. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

GERVASIO, L. M. Normas legais. In: BISCAIA, L. **Perícia médica**: consulta rápida. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOES, E.F.; NASCIMENTO, E. R. do. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, dez. 2013;

GOMES, R. et al. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(3), p. 565-574, mar. 2007.

GRABOIS, M.F. **O acesso a assistência oncológica infantil no Brasil**. 166 f. Tese (Doutorado em Ciências). Epidemiologia em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2011.

GRANEMANN, S. **Para uma interpretação marxista da “previdência privada”**. 2006. 269 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

_____. Necessidades da acumulação capitalista. **Revista Inscrita**, Ano VI, nº IX, p.29-32, 2004.

_____. Políticas sociais e financeirização dos direitos do trabalho. **Em Pauta**, Rio de Janeiro: UERJ, n. 20, 2007.

_____. O processo de produção e reprodução social: trabalho e sociabilidade. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais**. Brasília: CFEES/ABEPSS, 2009.

GUATIMOSIN, M. H. E.; BENTO, R. F. Aspectos médicos da reeducação e adaptação de doentes laringectomizados tendo em vista sua mutilação. **Revista Bras. Otorrinol**, v. 59, ed. 1, jan./mar. 1993. Disponível em: <<http://oldfiles.bjorl.org/conteudo/acervo/acervo.asp?id=2370>> Acesso em: 13 jun. 2016.

GUERRA, M. R. et al. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2005; 51(3): 227-234.

GUIMARÃES, J. R. S. **Perfil do trabalho decente no Brasil**: um olhar sobre as Unidades da Federação durante a segunda metade da década de 2000. Brasília: Organização Internacional do Trabalho, OIT, 2012.

GUIMARAES, S. P. Desafios e dilemas dos grandes países periféricos: Brasil e Índia. **Rev. bras. polít. int.**, Brasília, v. 41, n. 1, p. 109-132, jun. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003473291998000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 ago. 2017.

GUIMARÃES, J. **Com aumento de benefícios negados, INSS encara alta de 18,4% nas sentenças judiciais**. R7 notícias. 2016. Disponível em: <<https://noticias.r7.com/economia/com-aumento-de-beneficios-negados-inss-encara-alta-de-184-nas-sentencas-judiciais-19082016>> . Acesso em 13 ago.2017.

GULLAR, F. Não há vagas. In: _____. **Toda Poesia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980. p. 224.

HARVEY, D. **Os limites do capital**. Tradução Magda Lopes. São Paulo: Boitempo, 2013.

_____. **Espaços de esperança**. Trad. Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Edições Loyola, 2005a. p. 382.

_____. **A produção capitalista do espaço**. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2005b.

HARVEY, D. **17 contradições e o fim do capitalismo**. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

HEROLD JUNIOR, C. Os processos formativos da corporeidade e o marxismo: aproximações pela problemática do trabalho. **Revista Brasileira de Educação**. v. 13 n. 37 jan./abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v13n37/09.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

HOSPITAL SANTA PAULA. **Uma evolução preocupante**. Notícias, 06 jan. 2015. Disponível em: <<http://www.santapaula.com.br/noticias/uma-evolucao-preocupante/276>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

IAMAMOTO, M. V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, A.E. et al. (Orgs.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____. Mundialização do capital, “questão social” e Serviço Social no Brasil. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 21, 2008.

_____. O Brasil das desigualdades: “questão social”, trabalho e relações sociais. **Ser social**, Brasília, v. 15, n. 33, p. 261-384, jul./dez. 2013.

_____. **Trabalho e indivíduo Social**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 294.

IANNI, O. **Pensamento social no Brasil**. São Paulo: EDUSC, 2004.

_____. **A sociologia e o mundo moderno**. Tempo Social. São Paulo: USP, 1989.

_____. A construção da categoria. **Revista HISTEDBR** On-line, Campinas, número especial, p. 397-416, abr. 2011.

IANNI, O. **Sociologia da Sociologia**: o pensamento sociológico brasileiro. São Paulo: Editora Ática, 1989.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Registro de câncer de base populacional** [2016]. Disponível em: <<http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/registro-de-cancer-de-base-populacional-rcbp.html>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

_____. **Rendimento médio mensal das pessoas de 14 anos ou mais, out-nov-dez 2017** [2018]. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?&t=destaques>>. Acesso em: 7 fev.2018.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2014a.

_____. **Pesquisa Anual da Indústria da Construção**. Rio de Janeiro, v. 24, p. 01-50, 2014b.

_____. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. p. 150.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **A situação do tabagismo no Brasil**: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009 / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. -- Rio de Janeiro: Inca, 2011.

_____. **Iarc vai investir 100 mil dólares em áreas-chave de controle do câncer na América Latina [2012a]**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2012/iarc_vai_destinar_cem_mil_dolares_em_parceria_com_rinc>. Acesso em: 13 nov. 2017.

_____. **TNM**: Classificação de tumores malignos. [2012b]. 7. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

_____. **Curso ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. [2013a]. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>>. Acesso em: 05 abr. 2016.

INCA. **Carta de Serviços ao Cidadão**. [2013b]. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/ae6d92804fbdb4d69242be81a5313a21/Carta+de+Servi%C3%A7os+ao+Cidad%C3%A3o+INCAtimbrado.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ae6d92804fbdb4d69242be81a5313a2>>. Acesso em: 13 out. 2016.

INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2014. p. 124.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil [2015]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Sobre o instituto**. 2016. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/sobreinca/site/oinstitut>>. Acesso em: 19 out. 2016.

_____. **Em momento histórico, STF proíbe o uso do amianto crisotila em todo o País**. [2017]. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2017/momento-historico-stf-proibe-amianto-crisotilina-todo-pais>>. Acesso em: 30 nov. 2017.

INEA. Instituto Estadual do Ambiente. **Galvanoplastia**: orientações para o controle ambiental/ Instituto Estadual do Ambiente. Rio de Janeiro: INEA, 2013.

INOUE, K. S. Y.; VILELA, R. A. G. O poder de agir dos técnicos de segurança do trabalho: conflitos e limitações. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, 39(130), p. 136-149, 2014.

INSS. Instrução normativa INSS/PRES nº 45, de 06 ago. 2010. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/inss-pres/2010/45.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Instrução normativa INSS/PRES nº 31, de 10 de setembro de 2008. [2008a]. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <<http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/38/INSS-PRES/2008/31.htm>>. Acesso em: 31 out. 2016.

_____. Instrução normativa INSS/PRES nº 29, de 04 de junho de 2008.[2008b]. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Disponível em <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/38/inss-pres/2008/29.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. **Forma de pagar e códigos de pagamento – Contribuinte individual/Facultativo** [2016]. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/gps/forma-pagar-codigo-pagamento-contribuinte-individual-facultativo>>. Acesso em: 23 set. 2016.

_____. **Anuário Estatístico da Previdência Social 2006** [2006]. Disponível em: <http://www1.previdencia.gov.br/aeps2006/15_01_03_01.asp>. Acesso em: 31 out. 2016.

KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: EMÍLIO, M.; TEIXEIRA, M.; NOBRE, M. (Org.). **Trabalho e cidadania ativa para as mulheres: desafios para as políticas públicas**. São Paulo: Coordenadoria da Mulher, 2003.

KREIN, J. D.; PRONI, M. W. **Economia informal**: aspectos conceituais e teóricos. Brasília: Escrit. da OIT Brasil, 2010. (Série Trabalho Decente no Brasil; Doc. de trabalho n.4).

KOWALSKI, L. P. et al. Câncer de laringe. In: ANGELIS, E. C.; FÚRIA, C. L. B.; MOURÃO, L. F.; KOWALSKI, L. P. **A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço**. São Paulo: Lovise, 2000. 97-104 p.

LACAZ, F.A.C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(4), p. 757-766, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23/n4/02.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2016.

LACAZ, F.A.C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232000000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2017.

_____. Continuam a adoecer e morrer os trabalhadores: as relações, entraves e desafios para o campo Saúde do Trabalhador. **Rev Bras Saude Ocup**, 2016.

LARA, R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 78-85, jan./jun. 2011.

LAROCCA, L. M. **Higienizar, cuidar e civilizar**: o discurso médico para a escola paranaense (1886-1947). 2009. 252f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.) **Medicina social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p. 133-158.

_____. Saúde e trabalho: enfoques teóricos. In: NUNES, E.D. (org.). **As ciências sociais na América Latina**, OPAS, Brasília, 1985.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEÃO, L.H. da C.; VASCONCELLOS, L.C.F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): uma rede que não enreda. In: VASCONCELLOS, L. C. F. de; OLIVEIRA, M. H. B. de (Org.). **Saúde, trabalho e direito**: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

LEAL, A. **OMS sugere aumento de impostos sobre refrigerantes para reduzir obesidade**. Empresa Brasil de Comunicação (EBC). Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-10/oms-indica-impostos-sobre-refrigerantes-para-reduzir-obesidade-e-outras>>. Acesso em: 27 out. 2016.

LEWGOY, A. M. B; SILVEIRA, E.M.C. A entrevista no processo de trabalho do assistente social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, n. 8, ano 6, dez. 2007.

LIMA, M. A. G. et al. Avaliação do impacto na qualidade de vida em pacientes com câncer de laringe. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 18-40, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S151608582011000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 mar. 2016.

LIMA FILHO, R. N. L. et al. As políticas keynesianas e a garantia do pleno emprego: um ensaio teórico. **Revista Economia e Desenvolvimento**, v. 26, n. 1, 2014.

LIMA, R. de O. **Verificação da qualidade na Construção Civil em um pequeno canteiro de obra de Foz do Iguaçu, uma mudança de paradigma**. Foz do Iguaçu: União Dinâmica das Faculdades Cataratas, 2008. Disponível em: <<http://www.udc.edu.br/monografia/monocivil21.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2017.

LOPES, F. Vamos fazer um teste: qual a sua cor? A importância do quesito cor na saúde. Saúde da População Negra no Estado de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista**, mai. 2007. Suplemento 1.

LÖWY, M. A teoria do desenvolvimento desigual e combinado. [Trad. Henrique Carneiro]. **Revista Outubro**, n.1, 1998, p. 73-80. [Originalmente publicado em: Actual Marx,18,1995]. Disponível em: <<http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/02/Revista-Outubro-Edic%C3%A7%C3%A3o-1-06.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2017.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MACHADO, F.R.S. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 2 p. 73-91. jul./out. 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13118/14921>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

MAGALHÃES, R. Integração, exclusão e solidariedade no debate contemporâneo sobre as políticas sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, 17(3), p. 569-579, mai./jun. 2001.

MANDEL, E. **A Crise do Capital**: os fatos e sua interpretação marxista. São Paulo: Ed. Ensaios, 1990.

MARCON, C.L.F. Implementação do Sistema de Regulação (SISREG) para o Agendamento de Consultas e de Exames Especializados no Município de Garopaba. **Coleção Gestão da Saúde Pública** – Volume 2. 2013. Disponível em: <<http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/02/Anais-GSP-Volume-2-Artigo-3.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

MARCONDES, W. B. et al. O peso do trabalho “leve” feminino à saúde. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 91-101, jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010288392003000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2017.

MARINI, R. M. **Dialética da dependência**. 1973. Disponível em: <<https://www.marxists.org/portugues/marini/1973/mes/dialetica.htm>>. Acesso em 18 abr. 2017.

MARINHO-CASANOVA, M.L.; GAVAZZONI, J.A. Tratamento analítico-comportamental do tabagismo. In: NUNES, S. O. V.; CASTRO, M. R. P. (Org.). **Tabagismo: abordagem, prevenção e tratamento**. Londrina: Edue, 2010.

MARQUES, R. M; MENDES, Á. O governo Lula e a contrarreforma previdenciária. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 3-15, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010288392004000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 ago. 2017.

MARX, K. **O 18 Brumário de Luís Bonaparte e cartas a Kugelmann**. 2. ed. Trad. Leandro Konder. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.

_____. **O capital**. Crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975. Livro I.

_____. **O capital**. Crítica da economia política. 31. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. Livro I.

_____. **Contribuição à crítica da economia política**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

_____. **Formações econômicas pré-capitalistas**. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1991.

_____. O questionário de 1880. In: THIOLLENT, Michael. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. 3. ed. São Paulo: Polis, 1982. p. 249-256.

_____. **A ideologia alemã**. São Paulo: Boitempo, 2007. Disponível em: <<http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/ideologiaalema.html>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

MATTOS, C. A. de. Modernización capitalista y transformación metropolitana en América Latina: cinco tendencias constitutivas. In: LEMOS, A. I.G. et al. **América Latina: cidade, campo e turismo**. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, São Paulo, p. 41-76, 2006.

MEDEIROS, M. et al. Transferência de renda no Brasil. **Novos Estudos**, São Paulo, nº 9, 2007.

MEIRELES, B. O. et al. Perfil socioeconômico dos consumidores de restaurantes em relação a valorização de produtos orgânicos: uma análise comparativa. **Revista de gestão ambiental e sustentabilidade – GeAS**, v. 5, n. 1. jan./abr. 2016.

MELO, A. I. S. C. et al. Na corda bamba do trabalho precarizado: a terceirização e a saúde dos trabalhadores. In: MOTA A.E. (Org.). **A nova fábrica de consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1998.

MELO, M. E.; PINHO, A. C. **Câncer e obesidade**: um alerta do INCA. In: REDE CÂNCER. Instituto José Alencar Gomes da Silva. 38. ed. v. 38, ago. 2017.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, 25(5), p. 341-9, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n5/03.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

MENDES, R. (Org.). **Medicina do trabalho**: doenças profissionais. Rio de Janeiro: Editora Sarvier; 1980.

MENDES, R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores. I — Morbidade. **Rev. Saúde públ.**, S. Paulo, 22:311-26, 1988.

MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 881-892, jul./set. 2015.

MENDES, Á. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. **Saude soc.** São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1183-1197, Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401183&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 nov. 2017.

MENDES, E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos avançados**. São Paulo: CEBRAP, 27 (78), 2013, p.27-34.

MENDES, J.M.R. et al. Proteção social e a saúde do trabalhador: contingências do sistema de mediações sociais e históricas. **Rev. Pol. Públ.**, São Luis, v. 13, n. 1, p. 55-63, jan./jun. 2009.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. Tradução Paulo Cezar Castanheira, Sérgio Lessa. - 1.ed. revista. - São Paulo: Boitempo, 2011.

MIGUEL, N. G. O. et al. Discutindo o acesso no contexto da saúde do idoso: o papel do acolhimento. In: BERNARDO, M. H. J. **Cuidado e interprofissionalidade**: uma experiência de atenção integral à saúde da pessoa idosa. UNATI-HUPE-UERJ. Curitiba: CRV, 2016.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. **Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992. p. 269.

MINAYO GOMEZ C.; THEDIM-COSTA.S. M.da F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, v.13, n. 2, p. 21-32, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

_____. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.411-421,1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 nov. 2017.

MIOTO, R.C.T; SCHUTZ, F. Intersetorialidade na política social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais. In: **O direito à saúde e a proteção social em faixas de fronteiras**: um balanço do debate acadêmico no sul da América do Sul. [2011]. Disponível em: <<http://www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/28.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2018.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. C. Seguridade Social no Brasil: dilemas e desafios. In: MOROSINI, M. V.; REIS, J. R.F. **Sociedade, Estado e direito à saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

_____.; SOUZA, R. G. Da Seguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **R. Katál**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a05.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

MORAES, E.L.; et al. **Evolução dos gastos com a aquisição de medicamentos em uma instituição pública de assistência oncológica**. Rio de Janeiro: INCA; 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Elaine_gastos.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2017.

MORAES, M. L. et al. Análise do perfil dos consumidores de produtos orgânicos de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. **Cadernos de Agroecologia**, 9(4), 2015.

MOREIRA, M.C. **Determinação social da saúde**: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira. 2013. 146f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2013.

MOREIRA NETO, L.de S. **Análise crítica da implantação do programa de condições ambientais de trabalho na indústria da construção, NR 18, em empresas prestadoras de serviços no setor de saneamento básico**. 2006. 101 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Civil) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia Civil, Universidade Federal do Pará, Belém, 2006.

MOTA, A. E. da **Seguridade social brasileira**: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: MOTA, A.E. et al (Org.) **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em:<http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-2.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2013.

_____. Sobre a crise da seguridade social no Brasil. **Cadernos da ADUFRJ**, Rio de Janeiro, n. 4, p. 4-7, mai. 2000.

_____. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90 São Paulo: Cortez, 1995.

_____. Superexploração: uma categoria explicativa do trabalho precário. In: VARELA, R. (Coord.). **A segurança social é sustentável**: trabalho, Estado e segurança social em Portugal. Lisboa: Bertrand; 2013. p. 291- 312.

_____. 80 anos do Serviço Social brasileiro: conquistas históricas e desafios na atual conjuntura. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 128, p. 39-53, jan./abr. 2017.

MTE. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Disponível em: <www.mteco.gov.br/>. Acesso em: 25 nov. 2016.

NETTO, J.P. **Democracia e transição socialista**: escritos de teoria e política. Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990.

_____. Cinco notas a propósito da questão social. **Temporalis**. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social ABEPSS, Brasília, ano 2, n. 3, 2001.

_____. Notas sobre a reestruturação do Estado e a emergência de novas formas de participação da sociedade civil. In: BOSCHETTI, I. et al. (Org.). **Política Social**: alternativa ao neoliberalismo. Brasília: UNB. Programa de Pós-graduação em Política Social. Departamento de Serviço Social, 2004.

NERUDA, P. **Confesso que Vivi**: memórias. 1. ed. São Paulo: Difusão Editorial, 1978.

NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 200.

NOGUEIRA, M. O. **A problemática do dimensionamento da informalidade na economia brasileira**. Brasília: Ipea, 2016.

OLIVEIRA, J. D. **Ordem, instituições e governança**: uma análise sobre o discurso do desenvolvimento no Sistema ONU e a construção da ordem internacional. 2010.124f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Relações Internacionais, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2010.

OLIVEIRA, W. F.; CARNEIRO, H. (Org.). **Álcool e sociedade**, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)/Departamento de Saúde Pública, 2014.

OLIVEIRA, R. V. SUAPE em construção, peões em luta: o novo desenvolvimento e os conflitos do trabalho. **Caderno CRH**, Salvador, v. 26, n. 68, p. 233-252, mai./ago. 2013.

OLIVEIRA, J.; FLEURY TEIXEIRA, S. **(IM) Previdência Social** – 60 anos de História da Previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

OLIVEIRA, D. A. Doença ocupacional e a prova no processo do trabalho. **Revista do TRT/EMATRA**– 1ª Região, Rio de Janeiro, v. 20, n. 46, jan./dez. 2009.

OLIVEIRA, F. **A economia da dependência imperfeita**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

OLIVEIRA, L. F.; CHAVES, A. R. M. Rebatimentos sociais do tratamento oncológico: reflexões do serviço social na clínica de hematologia. In: BERNAT, A. B. R., PEREIRA, D. R.; SWINERD, M. M. (Org.). **Sofrimento psíquico do paciente oncológico**: o que há de específico? Rio de Janeiro: INCA, 2014.

PAIM, J. S. Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v.15, n. 2, p. 34-46, mai./ago. 2006.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.15-35, jan./mar. 2014.

PARTANEN, T. et al. Causas y prevención del cáncer ocupacional. **Acta Médica Costarricense**, 2009, p.195-205.

PASTORINI, A.; GALIZIA, S. V. O protagonismo da assistência no novo padrão de proteção social brasileiro. **IV Jornada internacional de políticas públicas**. 2009. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/12_seguridade/o-protagonismo-da-assistencia-no-novo-padrao-de-protecao-social-brasileiro.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2017.

PASTORINI, A. Enfrentamento da pobreza e assistencialização da proteção social no Brasil. **II Jornada internacional de políticas públicas**. São Luís, MA, 2005. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/AlejandraPastorini.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2013.

PASTORINI, A. **O círculo “maldito” da pobreza no Brasil**: a mistificação das “novas” políticas sociais. 2002. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

PENA, P. G. L.; GOMES, A. R. A exploração do corpo no trabalho ao longo da história. In: VASCONCELLOS, L.C.F.; OLIVEIRA, M.H.B. (Org.). **Saúde, trabalho e direito**: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 600.

PEREIRA, S.D. **Conceitos e definições da saúde e epidemiologia usados na vigilância sanitária**. São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visu.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2017.

PEREIRA, P. A. **A assistência social na perspectiva dos direitos**: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil. Brasília: Thesaurus, 1996.

_____. Proteção social contemporânea. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 116, p. 636-651, out./dez. 2013.

PEREIRA, T. D. Política Nacional de Assistência Social e território: enigmas do caminho. **Rev. Katál**. Florianópolis v. 13 n. 2 p. 191-200 jul./dez. 2010.

_____. Questão habitacional no território: sobre soluções para a acumulação na racionalidade burguesa. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 11, n. 2, p. 376 - 389, ago./dez. 2012.

PESSOA, E. A. A Constituição Federal e os Direitos Sociais Básicos ao Cidadão Brasileiro. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 14, n. 89, jun. 2011. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9623>. Acesso em: 10 out. 2017.

PETERSEN, P. Um novo grito contra o silêncio. In: CARNEIRO, F.F.; AUGUSTO, L.G. da S.; RIGOTTO, R.M. et al. (Org.) **Dossiê Abrasco**: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.

PINTO, J. R.; CARNEIRO, M. G. D. Avaliação do agendamento online de consultas médicas especializadas através da central de regulação do SUS. **Saúde Coletiva**, 9(58), 2012.

PIRES, M. R. G. M et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Supl. 1), p. 1009-1019, 2010.

PONTES, N. **Informalidade, a cara da crise no Brasil**. Carta Capital. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/economia/informalidade-a-cara-da-crise-no-brasil>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

PORTO, M. F. de S.; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador e promoção da saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 12, n. 3, jul./set. 2003.

POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade**: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. Hucitec: São Paulo, 1989.

PRADO JÚNIOR, C. **História Econômica do Brasil**. [1981]. Versão digitalizada disponível em: <http://resistir.info/livros/historia_economica_do_brasil.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2018.

RAITIOLA H. S, PUKANDER, J. S. Etiological factors of laryngeal cancer. **Acta Otolaryngol**, Scandinavian University Press ,529(Supl.), p. 215-257, 1997.

REDE CÂNCER. As profissões e o câncer. [2012a]. **Revista Rede Câncer/INCA**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/4ea0ac004eb693bb8a669af11fae00ee/vigilancia_rc17.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 16 out. 2016.

REDE CÂNCER. O futuro chega à sala de operações do INCA. **Revista Rede Câncer/INCA**. [2012b]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/0d2ad6804eb692bf874797f11fae00ee/03_capa.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 29 ago. 2017.

_____. O tratamento de tabagismo para o paciente com câncer. **Revista Rede Câncer/INCA**. [2011]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/5d2f7c004eb69272864596f11fae00ee/R_C_16_integra.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 13 ago. 2016.

RIBEIRO, C.R.O. **Ética e pesquisa em álcool e drogas**: uma abordagem bioética. Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas. Universidade de São Paulo. USP. [2005]. Disponível em: <<file:///C:/Users/591569/Downloads/38617-45652-1-PB.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

RIBEIRO, F. S. N. **Exposição ocupacional à sílica no Brasil**: tendência temporal, 1985 a 2001. São Paulo; 2004. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/doutorado/TeseFatimaSueliNetoRibeiro.pdf>>. Acesso em: 7 mar. 2017.

_____. (Org.). **Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho**. Área de Vigilância do Câncer relacionado ao Trabalho e ao Ambiente. Rio de Janeiro: INCA, 2012. p. 187.

RIBEIRO, F. S. N. Vigilância em Saúde do Trabalhador: a tentação de engendrar respostas às perguntas caladas. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 38, n. 128, p. 268-279, Dez. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev. 2018.

_____; WÜNSCH FILHO. Avaliação retrospectiva da exposição ocupacional a cancerígenos: abordagem epidemiológica e aplicação em vigilância em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(4):881-890, jul-ago, 2004.

RIBEIRO, H. P; LACAZ, F. A. C. (Org.). **De que adoecem e morrem os trabalhadores**. São Paulo: DIESAT, 1984.

RIGOTTO, R. Produção e consumo, saúde e ambiente: em busca de fontes e caminhos. In: MINAYO, M.C. de S.; MIRANDA, A. C. (Org.). **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 233-260.

RIO DE JANEIRO (Estado). SES. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Projetos e Programas [2014]. **Programa Rio sem fumo**. Disponível em: <<http://www.rj.gov.br/web/ses/exibeconteudo?article-id=168094>>. Acesso em: 01 mai. 2015.

RIO DE JANEIRO (Estado). Lei Estadual 5517/2009. Proíbe o consumo de cigarros, cigarilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, na forma que especifica e cria ambientes de uso coletivo livres do tabaco. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**. n.149, 18 ago. 2009, Pt 1.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. 2000. Tese (Doutorado). Campinas, 2000.

ROCHA, P. R. da; DAVID, H. M. S. L. Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na teoria da produção social da saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 129-135, fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100129&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2017.

RODRIGUES, M. Assistencialização da seguridade e do Serviço Social no Rio de Janeiro: notas críticas de um retrocesso. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 28, n. 91, p. 108-122, set. 2007.

_____. Assistência social e vanguardas do Serviço Social na era neoliberal. **Argum**, Vitória, v. 8, n. 2, p. 35-50, maio/ago. 2016.

RODRIGUES, T.A.; SALVADOR, E. As implicações do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) nas Políticas Sociais. **Ser Social**, Brasília, v. 13, n. 28, p. 129-156, jan./jun. 2011.

RUSHTON, L. et al. Occupation and cancer in Britain. **Br J Cancer**, 27;102(9), p. 1428-37, 2010.

SACRAMENTO, H.T.; GENTILLI, R.M.L. Mundialização do capital e política de saúde: desafios para as práticas integrativas e complementares no SUS. **R. Pol. Públ.**, São Luís, v. 20, n 1, p.103-120, jan./jun. 2016.

SALVADOR, E. da S. Fundo público e o financiamento das políticas sociais no Brasil. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 14, n. 2, p. 504-522, jan./jun. 2012.

SALVADOR, L. **A celeuma do INSS e a concessão de auxílios por doença**. 2007. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2007mar22/celeuma_inss_concessao_auxilios_doenca?imprimir=1>. Acesso em: 31 out. 2016.

SANTOS, E. M.; SANTIAGO, M. C. **Riscos associados ao uso do amianto**. Congresso Técnico Científico da Engenharia e da Agronomia – CONTECC 2015. Disponível em: <http://www.confea.org.br/media/Geologia%20e%20Minas_riscos_associados_ao_u_so_do_amianto.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2017.

SANTOS, F.D. A.; THOMAZ, T. S. O hospital e sua centralidade no complexo industrial da saúde. **Intellèctus**, ano 15, n. 1, 2016.

SANTOS, J. L. **O que é cultura**. 1. ed. Editora Brasiliense, 1987. Coleção Primeiros Passos.

SANTOS, M.C.M. **Perfil epidemiológico dos portadores de neoplasia maligna na cavidade oral e a atuação do enfermeiro**. 2014. 168f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

SARRIERA, J. C. et al. Paradigmas em psicologia: compreensões acerca da saúde e dos estudos epidemiológicos. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 88-100, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822003000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2017.

SARTORI JUNIOR, D. et al. Judicialização do acesso ao tratamento de doenças genéticas raras: a doença de Fabry no Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2717-2728, out. 2012.

SBCCP. Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. **Sobre a sociedade** [2012]. Disponível em: <http://www.sbccp.org.br/?page_id=21>. Acesso em: 21 mar. 2016.

SCARINCI, I. C. Prefácio. In: NUNES, S. O. V.; CASTRO, M. R. P. de (Org.). **Tabagismo**: abordagem, prevenção e tratamento. Londrina: Eduep, 2010.

SCHRAMM, J.M. de A.; OLIVEIRA, A.F. de; LEITE, I. da C. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(4):897-908, 2004.

SEN, A. K. **Desenvolvimento como liberdade**. Trad. Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SENNA, M. de C. M.; MONNERAT, G. L. O setor saúde e os desafios à construção da seguridade social brasileira. In: BEHRING, Elaine Rossetti; ALMEIDA, Maria Helena Tenório de. (orgs). **Trabalho e seguridade social**: percursos e dilemas. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2008, p 193-213.

SENNA, M. C. M et al. Proteção social à pessoa com deficiência no Brasil Pós-Constituinte. **Ser Social**, Brasília, v. 15, n. 32, p. 67-73, jan./jun. 2013.

SENNA, M.C.M. Programa Bolsa Família e o acompanhamento das condicionalidades na área de saúde. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 125, p. 148-166, jan./abr. 2016.

SERRA, R. A política pública de emprego, trabalho e renda: sentido e repercussões sociais. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 16(2): 87-109, jul.-dez./2010.

SESMG. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Construindo ações de Saúde do Trabalhador no âmbito das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde**. [2011]. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2839.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

SIERRA, V.M. A judicialização da política no Brasil e a atuação do assistente social na justiça. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 256-264, jul./dez. 2011.

SILVA, J.C.et al. Judicialização da saúde e tratamento oncológico: um debate a partir da vivência na residência multiprofissional em Oncologia no INCA. In: **Diálogos em Saúde Pública e Serviço Social**: a experiência do assistente social em Oncologia / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: Inca, 2017.

SILVA-JUNIOR, J.S. et al. Discussão dos impactos do nexso técnico epidemiológico previdenciário. **Rev. Bras Med Trab.**, São Paulo, 10(2), p. 72-9, 2012.

SILVA, M. N. Assistencialização das políticas sociais? Breves notas sobre o debate contemporâneo. **Temporalis**, Brasília, ano 10, n. 20, p. 77-112, jul./dez. 2010.

SILVA, L.B. Condições de vida e adoecimento por câncer. **Libertas**. Revista da Faculdade de Serviço Social, Juiz de Fora, n. 2, v. 10, jul./dez. 2010.

SILVEIRA, J.A.C. O conceito de incapacidade no âmbito do benefício previdenciário da aposentadoria por invalidez. **Revista Direito e Liberdade**, Esmarn, v. 17, n. 1, p. 91-130, jan./abr. 2015.

SINAN, Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **DRT Câncer relacionado ao trabalho**. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/drt-cancer-relacionado-ao-trabalho>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

SPEDO, S. M. et al. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2018.

SOARES, C. B. et al. Marxismo como referencial teórico-metodológico em Saúde Coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1403-1409, dez. 2013.

SORIANO, R. R. **Sociología médica**. México: Plaza y Valdés, 2009.

SOUTO, R. Q. et al. Aspectos éticos na pesquisa com dados secundários: uma revisão sistemática. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 13, n. 1, p. 45-53, dez. 2011.

SOUNIS, E. **Epidemiologia geral**. São Paulo, Atheneu, 1985.

SOUSA, A. A. et al. Alimentos orgânicos e saúde humana: estudo sobre as controvérsias. **Rev Panam Salud Publica**. EUA, 31(6), p. 513-7, 2012.

SOUZA, B. A. et al. Análise dos indicadores PIB nacional e PIB da indústria da Construção Civil. **Revista de Desenvolvimento Econômico**, Salvador, v. 17, n. 31, p. 140-150, jan./jun. 2015.

SOUZA, D. O. et al. A saúde dos trabalhadores em “questão”: anotações para uma abordagem histórico-ontológica. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano 18, n. 34, 2015.

SOUZA, M. C. M. Aspectos institucionais do sistema agroindustrial de produtos orgânicos. **Informações Econômicas**, São Paulo, 33(3), p. 7-16, 2003.

SPOSATI, A. Assistência social em debate: direito ou assistencialização?. In: CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **O trabalho do/a assistente social no Suas**: seminário nacional / Conselho Federal de Serviço Social - Gestão Atitude Crítica para Avançar na Luta. Brasília: CFESS, 2011.

_____. Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 116, p. 652-674, out./dez. 2013.

SPOSATI, A. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: *Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009. 424 p.

TAMBELLINI, A. M. T.; CÂMARA, V. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro 3(2), p. 47-60, 1998.

TAMBELLINI, A. M. T.; SCHÜTZ, G.E. Contribuição para o debate do Cebes sobre a determinação social da saúde: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 371-379, dez. 2009.

TAMBELLINI, A. M. T. et al. Registrando a história da Saúde do Trabalhador no Brasil: notas sobre sua emergência e constituição. **Em Pauta**. Rio de Janeiro, n.32, v.11, 2014,p. 21-37.

TARDIDO, A. P.; FALCÃO, M. C. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **RevBrasNutrClin**, Porto Alegre, 21(2), p. 117-24, 2006.

TARONE, R.E. On the International Agency for Research on Cancer classification of glyphosate as a probable human carcinogen. **Eur J Cancer Prev**. 2018 Jan;27(1):82-87. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27552246>>. Acesso em: 26 jan. 2018.

TEIXEIRA, L.A. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v.17, supl.1, p.13-31, jul. 2010.

_____. Políticas públicas de controle do câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 20 (3), p. 375-80, 2012.

TEIXEIRA, N. Riscos à saúde do trabalhador: ramo metalúrgico. **Cadernos de Saúde do Trabalhador**. Instituto Nacional de Saúde no Trabalho - INST, 2008.

TEIXEIRA, S.M. **Envelhecimento e trabalho no tempo de capital**: implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Envelhecimento do trabalhador e as tendências das formas de proteção social na sociedade brasileira. **Argumentum**, Vitória, v. 1, n. 1, p. 63-77, jul./dez. 2009.

TEIXEIRA, S.M.F. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.1, n. 4, p. 400-417, dez. 1985.

TRAVASSOS C. et al. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **CienSaudeColet**, Rio de Janeiro, 11(4), p. 975-986, 2006.

TUPCHONG, L., ENGIN, K. Tumores de cabeça e pescoço. In: UICC. **Manual de Oncologia clínica**. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo; 1999, 270-90

UFBA. Universidade Federal da Bahia. **Boletim epidemiológico morbimortalidade de agravos à saúde relacionados ao amianto no Brasil, 2000 a 2011**. n. 5, ano II, ago. 2012.

UNIFESP. Universidade Federal de São Paulo. **Cafeína**. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/dpsicobio/drogas/cafe.htm>>. Acesso em: 13 set. 2016.

VASCONCELLOS, L.C. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado**. 2007. 439f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.

_____. A imperfeição da regra trabalhista referente à saúde: da Revolução Industrial à Consolidação das Leis do Trabalho. 2011. In: VASCONCELLOS, L. C. F. de; OLIVEIRA, M. H. B. de (Org.). **Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

_____. Entre a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador: as coisas nos seus lugares. In: VASCONCELLOS, L. C. F. de; OLIVEIRA, M. H. B. de (Org.). **Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

_____; RIBEIRO, F.S.N. A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no Sistema único de Saúde. 2011. In: VASCONCELLOS, L. C. F. de; OLIVEIRA, M. H. B. de (Org.). **Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

VIANNA, S. M. et al. **Atenção de alta complexidade no SUS: desigualdades no acesso e no financiamento**. Brasília: Ministério da Saúde, IPEA, 2005.

VIANNA, M. T.W. **Seguridade Social e combate à pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não-contributivos**. Mimeo, IE/UFRJ, Rio de Janeiro, Junho 2003. Disponível em: <<http://antigo.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fSeguridade.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2017.

_____. **Em torno do conceito de política social: notas introdutórias**. [2002]. Disponível em: <<http://antigo.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fMariaLucia1.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2018.

WAISSMANN, W. **A “cultura de limites” e a desconstrução médica das relações entre saúde e trabalho**. 2000. 352 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2000.

WALDMAN, E. A.; GOTLIEB, S. L. D. Glossário de epidemiologia. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, 7, p. 5-27, 1992. Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_07/10.html. Acesso em: 10 out. 2016.

WOLFFENBÜTTEL, A. O que é? – Índice de Gini. **Desafios do conhecimento**. Ipea., 4. ed., ano 1, nov. 2004. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28&Itemid=23>. Acesso em: 28 ago. 2017.

WÜNSCH, D.S. **A construção da desproteção social no contexto histórico contemporâneo do trabalhador exposto ao amianto**. 2004. 236 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, dez. 2004.

WÜNSCH FILHO, V.; KOIFMAN, S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: MENDES, R. (Org.). **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu; 2005. p. 47-92.

YANES, L. El trabajo como determinante de la salud. **Salud de los Trabajadores**, Venezuela, n. 1, v. 11. jan. 2003.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi. 2.ed. Porto Alegre : Bookman, 2001.

ZIMMERMANN, C.R. Os programas sociais sob a ótica dos direitos humanos: o caso do bolsa família do governo Lula no Brasil. **Revista Internacional de Direitos Humanos**. Número 4, Ano 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sur/v3n4/08.pdf>>. Acesso em 14 nov. 2017.

APÊNDICE A - Roteiro para levantamento de dados secundários**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

Projeto de pesquisa – Previdência e Assistência Social no Brasil: considerações sobre o acesso do paciente oncológico à proteção social

Pesquisadora: Luciana da Silva Alcantara

Orientadora: Ana Inês Simões C. de Melo

1) Caracterização sociodemográfica

1. Sexo
2. Idade
3. Escolaridade
4. Estado civil
5. Naturalidade
6. Nacionalidade
7. Região de moradia
8. Situação habitacional e composição familiar
9. Etnia

2) Situação ocupacional, rendimento e participação familiar e proteção social quando do afastamento do trabalho

Situação trabalhista, previdenciária e/ou assistencial e funções desempenhadas durante a trajetória profissional;

Existência de renda familiar participativa e rendimento mensal;

Informações que caracterizem o paciente enquanto provedor ou um dos provedores da família;

Ocorrência de orientação previdenciária/assistencial no Serviço Social do HC I e encaminhamentos devidos – desdobramentos e situação quando do afastamento do trabalho.

3) Informações sobre a saúde

1. Determinantes e condicionantes para o desenvolvimento do CA de laringe (tabagismo/etilismo e exposição a agentes);
2. Estadiamento da doença na 1ª consulta médica pós-matrícula e procedimentos clínicos realizados

Fontes documentais: prontuários dos pacientes e estatísticas de atendimento.

ANEXO A - Parecer consubstanciado CEP

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Previdência e Assistência Social no Brasil: considerações sobre o acesso do paciente oncológico à proteção social

Pesquisador: Luciana da Silva Alcantara

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49972615.7.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Serviço Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.299.998

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa em questão, "Considerações sobre o acesso do paciente oncológico à proteção social", de autoria de Luciana da Silva Alcantara, é fruto da vivência profissional da autora enquanto assistente social na unidade HC I do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e tem como problema central a questão do acesso, ou a negação dele, aos direitos Previdenciários e Assistenciais aos paciente com câncer de Laringe atendidos pelo HCl/INCA.

Objetivo da Pesquisa:

A autora do projeto aponta como objetivo principal da pesquisa, "Discutir as mudanças atuais na relação entre as políticas de Previdência e de Assistência Social no Brasil e os seus rebatimentos no tratamento dos pacientes com câncer de laringe atendidos no HC I/INCA, colocando em análise, preponderantemente, suas relações de trabalho e a modalidade de inserção (ou não) no sistema de proteção social".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa em questão não oferece riscos já que terá como fonte da pesquisa análise bibliográfica e documental junto aos prontuários médicos. A única questão referente aos riscos encontra-se na garantia do sigilo sobre a identidade dos pacientes contidas nos prontuários médicos, mas a pesquisadora se compromete com o sigilo destas informações. Conforme descrição da outra do

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 1.299.998

projeto, " Trata-se de pesquisa exploratória, de cunho qualitativo, tendo por referência a revisão teórico-bibliográfica, o manuseio de dados secundários nos prontuários dos pacientes selecionados conforme os critérios de inclusão e estatísticas de atendimento disponíveis no setor, a fim de identificar a trajetória percorrida no acesso aos benefícios previdenciários e/ou assistenciais durante o tratamento oncológico". Benefícios: "Os benefícios se relacionam à construção do conhecimento dos profissionais de saúde a respeito dos portadores de câncer de laringe. Ressalta-se, ainda, que a autora é profissional de Serviço Social na instituição, o que pode proporcionar melhoria da qualidade da assistência prestada".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa está bem estruturado, apresenta relevância social, objetivos bem definidos e ampla e significativas referências bibliográficas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou a autorização para realização da pesquisa em documento onde consta as assinaturas dos três responsáveis pelos setores envolvidos, Direção de Cirurgia do setor de cabeça e pescoço, Chefia do Serviço Social e supervisor do arquivo médico.

O TCLE foi dispensado já que não será utilizado pesquisa junto aos pacientes.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para outubro de 2016. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 1.299.998

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_568525.pdf	29/08/2015 12:57:23		Aceito
Cronograma	cronograma.docx	29/08/2015 12:53:29	luciana da silva alcantara	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaouerj.jpeg	29/08/2015 12:50:30	luciana da silva alcantara	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	formulario4.bmp	29/08/2015 12:27:28	luciana da silva alcantara	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	formulario3.bmp	29/08/2015 12:24:13	luciana da silva alcantara	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	formulario2.bmp	29/08/2015 12:21:35	luciana da silva alcantara	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	formulario1.bmp	29/08/2015 12:17:44	luciana da silva alcantara	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CEP DOUTORADO final_REV AI.doc.docx	12/08/2015 19:22:08		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto projeto de pesquisa luciana alcantara.jpg	12/08/2015 19:19:09		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 28 de Outubro de 2015

Assinado por:

Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018

Bairro: Maracanã

CEP: 20.559-900

UF: RJ

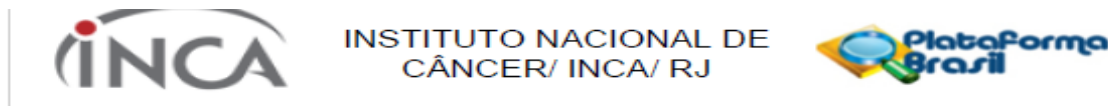
Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-2180

Fax: (21)2334-2180

E-mail: etica@uerj.br

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – INCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Previdência e Assistência Social no Brasil: considerações sobre o acesso do paciente oncológico à proteção social

Pesquisador: Luciana da Silva Alcantara

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49972615.7.3001.5274

Instituição Proponente: Faculdade de Serviço Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.348.910

Apresentação do Projeto:

INTRODUÇÃO:

O presente projeto de pesquisa se destina à elaboração de tese de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGSS/FSS/UERJ), sendo fruto da reflexão e da experiência profissional da autora enquanto assistente social junto aos pacientes com câncer de laringe, atendidos no Hospital do Câncer I (HC I), uma das unidades do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). O atendimento aos portadores de câncer de laringe revela cotidianamente a importância de uma assistência que contemple aspectos relacionados à dificuldade ou impossibilidade que o paciente apresenta para se comunicar verbalmente, as alterações significativas na imagem corporal e conflitos familiares advindos de dois dos principais determinantes para este tipo de neoplasia: o etilismo e o tabagismo. Como já destacou Carvalho (2008), se o processo de adoecimento possui uma série de determinantes sociais relacionados às condições de vida, o enfrentamento à doença (câncer) guarda relação direta com os contextos socioeconômico e cultural em que vivem os pacientes e seus familiares. Outro fator agravante observado pela autora em sua atuação enquanto assistente social é que uma parcela significativa dos usuários já ingressa no Instituto com a doença em estadiamento avançado, o que demonstra as dificuldades de acesso ao diagnóstico e tratamento precoces da

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER/ INCA/ RJ



Continuação do Parecer: 1.348.910

doença na Atenção Básica. Esses determinantes e condicionantes que, na sociedade capitalista, estão relacionados à contradição entre capital e trabalho, imprimem seus efeitos danosos nos corpos dos trabalhadores, que chegam à Instituição, em sua maioria, espoliados pela doença e desprovidos de condições de vida e de trabalho mínimas para que possam acessar direitos sociais, o que interfere na própria continuidade do tratamento. Desse modo, a questão central do estudo é conhecer, de forma aprofundada, a dinâmica que envolve o acesso (ou não) dos pacientes e seus familiares aos benefícios previdenciários, assistenciais e/ou direitos trabalhistas. É reconhecido que tal conhecimento é fundamental para o desenvolvimento de ações de atendimento, prevenção e promoção da saúde por parte do assistente social, frente às inúmeras demandas apresentadas pelos usuários, dentre elas as que se referem ao acesso ao INCA (considerando a localização da moradia e a distância até o Instituto), bem como as despesas e outros entraves à continuidade do tratamento. A partir do exposto, a vivência profissional da autora do projeto e a literatura existente sobre o assunto, apresentada na revisão teórico-bibliográfica, indicam a ocorrência da intensificação do processo de "assistencialização" da proteção social destinada aos pacientes acometidos por doença crônica no acesso aos direitos previdenciários e/ou assistenciais, processo esse iniciado, conforme Mota (1995), no Brasil pós-1964. Tal constatação é verificada durante os atendimentos realizados com os pacientes oncológicos. O usuário cuja atividade laborativa integra a economia informal, apesar de ser trabalhador e produzir, não consegue ter acesso ao benefício de auxílio-doença, uma vez que não tem reconhecida a qualidade de segurado da Previdência Social, sendo esta regida pela lógica do seguro social. Como forma alternativa de acesso à renda, estes usuários, uma vez que se encontram afastados do trabalho devido ao tratamento, recorrem ao Benefício de Prestação Continuada à pessoa com deficiência _ BPC/LOAS, reflexo das alterações ocorridas no mundo do trabalho e, como denomina Vianna (2001), do maniqueísmo, no qual as soluções para os problemas são mutuamente excludentes (ou somos contribuintes, ou somos assistidos). Contudo, o atendimento aos usuários revela uma outra condição pouco retratada na literatura: a do não reconhecimento da qualidade de segurado pelo INSS (muito embora o paciente a possua), nem dos critérios concernentes ao BPC/LOAS, o que torna o paciente inelegível à concessão de ambos os benefícios (previdenciário e assistencial), impactando, portanto, na continuidade do tratamento oncológico. Na contemporaneidade, frente à configuração do mercado de trabalho, uma camada cada vez maior de trabalhadores encontra-se na informalidade ou em trabalhos precários, exposta aos agravos e ao adoecimento por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Desta forma, na delimitação e justificativa do problema de pesquisa, especifica-se que o estudo traz a discussão em torno das mudanças atuais na relação entre as

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203

Bairro: CENTRO

CEP: 20.231-092

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3207-4550

Fax: (21)3207-4556

E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER/ INCA/ RJ



Continuação do Parecer: 1.348.910

políticas de Previdência e de Assistência Social no Brasil, recortando-se como objeto o acirramento dos seus reatamentos no tratamento dos pacientes com câncer de laringe atendidos no HC I/INCA, colocando em análise, preponderantemente, suas relações de trabalho e a sua inserção (ou não) no sistema de proteção social. Após a defesa e a aprovação da tese, os resultados serão apresentados na instituição coparticipante da pesquisa, no intuito de promover o retorno do conhecimento construído.

HIPÓTESE:

As mudanças atuais na relação entre as políticas de Previdência e de Assistência Social no Brasil trazem reatamentos no tratamento dos pacientes com câncer de laringe atendidos no HC I/INCA e, preponderantemente, em suas relações de trabalho e na modalidade de inserção (ou não) no sistema de proteção social.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Pacientes matriculados na Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço no período de março de 2014 a maio de 2015, diagnosticados com câncer de laringe, com idade igual ou superior a 18 anos, tendo em vista a proposta da pesquisa: identificar condições da atividade laborativa e formas de inserção previdenciária e/ou assistencial no decorrer do tratamento.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Não se aplica.

DESFECHOS

Desfecho Primário:

Espera-se que, com a pesquisa, possam ser desenvolvidos conhecimentos em torno: 1) das alterações nas políticas componentes da Seguridade Social, principalmente a contrarreforma da Previdência Social, que incorporou a lógica atuarial à concessão dos benefícios. A Constituição de 1988 estabelece que os direitos sociais devem permitir a melhoria da condição social dos indivíduos, cabendo ao Estado uma ação positiva para viabilização do acesso a esses direitos. Contudo, o que ocorre é que o próprio Estado contraria os princípios constitucionais e que o acesso a esses direitos, considerados fundamentais, é inviabilizado e extremamente criterioso quando levamos em conta a lógica do seguro, presente na Previdência Social; 2) do aumento dos gastos com a Assistência Social nos últimos anos, ainda que estes se apresentem em nível

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER/ INCA/ RJ



Continuação do Parecer: 1.348.910

insuficiente para lidar com as mazelas sociais do país; 3) da preocupação em considerar a inexistência de uma intersectorialidade (de fato) entre as políticas que compõem o tripé da seguridade social no Brasil, desaguando, pois, no que Vianna (2001), Pastorini (2005), Mota (1995) e outras autoras intitulam como processo de "assistencialização" ou "residualização" da proteção social, além dos usuários que encontram-se desprovidos do acesso à proteção social; 4) de provocar junto à categoria dos assistentes sociais e dos demais profissionais de saúde a reflexão em torno das condições de vida e de trabalho dos portadores de câncer de laringe, neoplasia que apresenta como determinantes, além do uso associado de tabaco e álcool, que "são os fatores mais bem estabelecidos para o câncer de laringe" (SARTOR et al. 2007, p. 1480), a exposição a produtos químicos, pó de madeira, fuligem ou poeira de carvão e vapores da tinta, muitas vezes decorrente da atividade laborativa (INCA, 2014). Após a defesa e a aprovação da tese, os resultados serão apresentados na instituição coparticipante da pesquisa, no intuito de promover o retorno do conhecimento construído.

METODOLOGIA:

O presente estudo tem como orientação teórico-metodológica o referencial marxista para identificar as mediações entre a universalidade, a particularidade e a singularidade obtidas com os usuários do INCA/HC I e demais fontes de pesquisa. Segundo Soares et al. (2013), o Marxismo é uma teoria e um método que se articulam para explicar e apreender a realidade, utilizando para isso categorias de análise. Ambos, teoria e método, constituem recursos flexíveis e dependentes da realidade da qual buscam ser uma expressão, pois a realidade não é estática, e sim histórica. Ainda de acordo com as autoras, é válido destacar que na saúde coletiva, as classes sociais constituem o sujeito deste campo, porque a inserção desigual dos sujeitos no trabalho e suas condições de vida desiguais produzem manifestações desiguais no corpo. Ou seja, os desgastes dos trabalhadores dependem de sua inserção de classe. Portanto, é necessária a apreensão das classes sociais, pela operacionalização de variáveis capazes de identificar os diferentes grupos sociais, em uma dada realidade. Para isso é necessário um método que concretize a abstração teórica das classes. Concretamente, no caso do capitalismo, as classes podem ser captadas pelas relações capitalistas de produção e em outras formações sociais serão captadas pelas relações de produção que lhes são próprias. (SOARES et al., 2013, p.1405). Trata-se de pesquisa exploratória, de cunho qualitativo, tendo por referência a revisão teórico-bibliográfica, o manuseio de dados secundários nos prontuários dos pacientes selecionados conforme os critérios de inclusão e estatísticas de atendimento disponíveis no setor, a fim de identificar a trajetória percorrida no

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER/ INCA/ RJ



Continuação do Parecer: 1.348.910

acesso aos benefícios previdenciários e/ou assistenciais durante o tratamento oncológico. Considerando a natureza qualitativa da pesquisa, ressalta-se que a especificação dos dados a serem levantados é apresentada sob a forma de roteiro estruturado em eixos temáticos, que consta como Apêndice I deste projeto. Destaca-se, também, o tratamento ético conferido ao processo de pesquisa e que se referencia não só nas regulamentações do Ministério da Saúde, mas também nos princípios e diretrizes éticas assumidos pela profissão de Serviço Social em seu Código de Ética de 1993 (CFESS, 1993).

TAMANHO DA AMOSTRA NO BRASIL: 150

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO:

Discutir as mudanças atuais na relação entre as políticas de Previdência e de Assistência Social no Brasil e os seus rebatimentos no tratamento dos pacientes com câncer de laringe atendidos no HC I/INCA, colocando em análise, preponderantemente, suas relações de trabalho e a modalidade de inserção (ou não) no sistema de proteção social.

OBJETIVO SECUNDÁRIO:

Realizar a revisão teórico-conceitual em torno da intersectorialidade entre as políticas que compõem o tripé da Seguridade Social no Brasil, Saúde, Assistência e Previdência Social, que tem reflexos no que a literatura sobre a temática denomina como processo de "assistencialização" ou "residualização" da proteção social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme informados pelo pesquisador:

RISCOS:

O estudo, devido ser retrospectivo, não oferece riscos adicionais aos sujeitos da pesquisa, os quais não serão abordados diretamente pela autora, não serão submetidos a intervenções e terão suas identidades mantidas em sigilo.

BENEFÍCIOS:

Os benefícios se relacionam à construção do conhecimento dos profissionais de saúde a respeito

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER/ INCA/ RJ



Continuação do Parecer: 1.348.910

dos portadores de câncer de laringe. Ressalta-se, ainda, que a autora é profissional de Serviço Social na instituição, o que pode proporcionar melhoria da qualidade da assistência prestada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa exploratório, de cunho qualitativo, tendo por referência a revisão teórico-bibliográfica, o manuseio de dados secundários de prontuários médicos de pacientes matriculados na Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço no período de março de 2014 a maio de 2015, a fim de identificar a trajetória percorrida no acesso aos benefícios previdenciários e/ou assistenciais durante o tratamento oncológico.

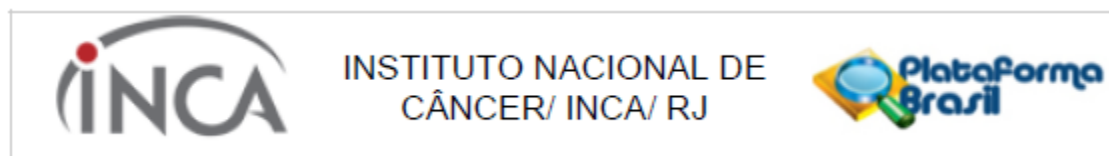
Pesquisa exequível, com abordagem crítica, contributiva para a elucidação das questões que envolvem a política de Previdência e de Assistência Social no Brasil, que interferem no tratamento dos pacientes com câncer de laringe atendidos no HC I/INCA, com possibilidade de avaliação parcial sobre o sistema de proteção social. Apresenta nexos entre os polos epistemológico, teórico e metodológico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1 - Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: documento devidamente preenchido, datado e assinado (correspondente à Instituição Proponente).
- 2 - Projeto de Pesquisa: Vide item "Recomendações"
- 3 - Orçamento financeiro e fontes de financiamento: Foi apresentado orçamento do estudo, que conta com financiamento do próprio pesquisador.
- 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Foi solicitada dispensa do TCLE no cadastro do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil.
- 5 - Cronograma: Adequado
- 6 - Formulário para Submissão de Estudos no INCA: Adequado
- 7 - Currículo do pesquisador principal e demais colaboradores: Contemplados no documento

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 1.348.910

"PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_568525.pdf".

8 - Documentos necessários para armazenamento de material biológico humano em biorrepositório conforme a Resolução CNS 441/11, Portaria MS 2.201/11 e Norma Operacional CNS Nº 001/2013 - Anexo II: não se aplicam

Documentos submetidos em 29/08/2015:

- PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_568525.pdf
- cronograma.docx
- declaracaouerj.jpeg
- formulario4.bmp
- formulario3.bmp
- formulario2.bmp
- formulario1.bmp
- CEP DOUTORADO final_REV AI.doc.docx
- folha de rosto projeto de pesquisa luciana alcantara.jpg

Recomendações:

A Res. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi revogada pela Resolução 466 de dezembro de 2012. Recomenda-se, portanto, alterar esta informação no documento "CEP DOUTORADO final_REV AI.doc.docx".

Nos Critérios de Inclusão, onde se lê "Pacientes matriculados na Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço no período de março de 2014 a maio de 2015..." recomenda-se mencionar "Prontuários médicos de pacientes matriculados na Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço no período de março de 2014 a maio de 2015..."

Quanto à descrição dos riscos, recomenda-se descrever como os dados clínicos dos participantes de pesquisa serão anonimizados antes de serem encaminhados pela equipe médica responsável para qualquer outra instância.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER/ INCA/ RJ



Continuação do Parecer: 1.348.910

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e na Norma Operacional N° 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Ressalto o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_568525.pdf	29/08/2015 12:57:23		Aceito
Cronograma	cronograma.docx	29/08/2015 12:53:29	luciana da silva alcantara	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaouerj.jpeg	29/08/2015 12:50:30	luciana da silva alcantara	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	formulario4.bmp	29/08/2015 12:27:28	luciana da silva alcantara	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	formulario3.bmp	29/08/2015 12:24:13	luciana da silva alcantara	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	formulario2.bmp	29/08/2015 12:21:35	luciana da silva alcantara	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	formulario1.bmp	29/08/2015 12:17:44	luciana da silva alcantara	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CEP DOUTORADO final_REV AI.doc.docx	12/08/2015 19:22:08		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto projeto de pesquisa luciana alcantara.jpg	12/08/2015 19:19:09		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER/ INCA/ RJ



Continuação do Parecer: 1.348.910

RIO DE JANEIRO, 03 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Carlos Henrique Debenedito Silva
(Coordenador)

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br

ANEXO C - Neoplasias (tumores) relacionadas com o trabalho (Grupo II da CID-10)
(Continuação na página 232)

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL				
I - Neoplasia maligna do estômago (C16.-)	Asbesto ou Amianto (X49.-; Z57.2) (Quadro II)				
II - Angiossarcoma do fígado (C22.3)	1. Arsênio e seus compostos arsenicais (X48.-; X49.-; Z57.5) (Quadro I) 2. Cloreto de Vinila (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII)				
III - Neoplasia maligna do pâncreas (C25.-)	1. Cloreto de Vinila (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 2. Epicloridrina (X49.-; Z57.5) 3. Hidrocarbonetos alifáticos e aromáticos na Indústria do Petróleo (X46.-; Z57.5)				
IV - Neoplasia maligna da cavidade nasal e dos seios paranasais (C30-C31.-)	1. Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1)(Quadro XXIV) 2. Níquel e seus compostos (X49.-; Z57.5) 3. Poeiras de madeira e outras poeiras orgânicas da indústria do mobiliário (X49.-; Z57.2) 4. Poeiras da indústria do couro (X49.-; Z57.2) 5. Poeiras orgânicas (na indústria têxtil e em padarias) (X49.-; Z57.2) 6. Indústria do petróleo (X46.-; Z57.5)				
V - Neoplasia maligna da laringe (C32.-)	Asbesto ou Amianto (Z57.2) (Quadro II)				
VI - Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34.-)	1. Arsênio e seus compostos arsenicais (X48.-; X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro I) 2. Asbesto ou Amianto (X49.-; Z57.2) (Quadro II) 3. Berílio (X49.-; Z57.5) (Quadro IV) 4. Cádmio ou seus compostos (X49.-; Z57.5) (Quadro VI) 5. Cromo e seus compostos tóxicos (X49.-; Z57.5) (Quadro X) 6. Cloreto de Vinila (X46.-; Z57.5) (Quadro XIII) 7. Clorometil éteres (X49.-; Z57.5) (Quadro XIII) 8. Sílica-livre (Z57.2) (Quadro XVIII) 9. Alcatrão, breu, betume, hulha mineral, parafina e produtos de resíduos dessas substâncias (X49.-; Z57.5) (Quadro XX) 10. Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro XXIV) 11. Emissões de fornos de coque (X49.-; Z57.5) 12. Níquel e seus compostos (X49.-; Z57.5) 13. Acrilonitrila (X49.-; Z57.5) 14. Indústria do alumínio (fundições) (X49.-; Z57.5) 15. Neblinas de óleos minerais (óleo de corte) (X49.-; Z57.5) 16. Fundições de metais (X49.-; Z57.5)				
VII - Neoplasia maligna dos ossos e cartilagens articulares dos membros (Inclui "Sarcoma Ósseo") (C40.-)	Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro XXIV)				
VIII - Outras neoplasias malignas da pele (C44.-)	1. Arsênio e seus compostos arsenicais (X49.-; Z57.4 e Z57.5) (Quadro I) 2. Alcatrão, breu, betume, hulha mineral, parafina e produtos de resíduos dessas substâncias causadores de epitelomas da pele (X49.-; Z57.5) (Quadro XX) 3. Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro XXIV)				
	<table> <tr> <th>DOENÇAS</th><th>AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL</th></tr> <tr> <td>IX - Mesotelioma (C45.-): Mesotelioma da pleura (C45.0), Mesotelioma do peritônio (C45.1) e Mesotelioma do pericárdio (C45.2)</td><td>Asbesto ou Amianto (X49.-; Z57.2) (Quadro II)</td></tr> </table>	DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL	IX - Mesotelioma (C45.-): Mesotelioma da pleura (C45.0), Mesotelioma do peritônio (C45.1) e Mesotelioma do pericárdio (C45.2)	Asbesto ou Amianto (X49.-; Z57.2) (Quadro II)
DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL				
IX - Mesotelioma (C45.-): Mesotelioma da pleura (C45.0), Mesotelioma do peritônio (C45.1) e Mesotelioma do pericárdio (C45.2)	Asbesto ou Amianto (X49.-; Z57.2) (Quadro II)				

DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL	
	X - Neoplasia maligna da bexiga (C67.-)	1. Alcatrão, breu, betume, hulha mineral, parafina e produtos de resíduos dessas substâncias (X46.-; Z57.5) (Quadro XX) 2. Aminas aromáticas e seus derivados (Beta-naftilamina, 2-cloroanilina, benzidina, orto-toluidina (X49.-; Z57.5) 3. Emissões de fornos de coque (X49.-; Z57.5)
	XI - Leucemias (C91-C95.-)	1. Benzeno (X46.-; Z57.5) (Quadro III) 2. Radiações ionizantes (W88.-; Z57.1) (Quadro XXIV) 3. Óxido de etileno (X49.-; Z57.5) 4. Agentes antineoplásicos (X49.-; Z57.5) 5. Campos eletromagnéticos (W90.-; Z57.5) 6. Agrotóxicos clorados (Clordane e Heptaclor) (X48.-; Z57.4)
		4. Radiações ultravioletas (W89; Z57.1)

Fonte: Brasil (2007b).

ANEXO D - Quantidade de acidentes do trabalho CID-10 mais incidentes no Brasil, 2013
(Continuação nas páginas 234-237)

Quantidade de acidentes do trabalho, por situação de registro e motivo, segundo os 200 códigos da Classificação Internacional de Doenças - CID-10 mais incidentes, no Brasil – 2013 (conclusão)						
CID 10	Quantidade de acidentes do trabalho					
	Total	Com CAT Registrada				Sem CAT Registrada
		Total	Motivo			
			Típico	Trajetos	Doença do Trabalho	
V28: Motociclista traumatizado em um acidente de transporte sem colisão	419	412	74	336	02	07
M71: Outras bursopatias	417	171	73	28	70	246
V23: Motociclista traumatizado em colisão c/ automóvel [carro], "pickup" ou caminhonete	406	397	63	334	–	09
A15: Tuberculose respiratória, com confirmação bacteriológica e histológica	401	42	7	–	35	359
R10: Dor abdominal e pélvica.	399	366	256	94	16	33
T03: Luxações, entorses e distensões envolvendo regiões múltiplas do corpo	392	381	269	112	–	11
V87: Acidente de trânsito de tipo especific, mas desconhecido modo de transporte da vítima.	389	385	84	301	–	04
H18: Outros transtornos da córnea	387	366	363	1	02	21
M24: Outros transtornos articulares específicos	386	245	182	51	12	141
H11: Outros transtornos da conjuntiva	383	363	349	11	03	20
S39: Outros traumatismos e os não especificados do abdome, do dorso e da pelve	378	342	254	86	02	36
S14: Traumatismo de nervos e da medula espinhal ao nível cervical	364	303	175	124	04	61
Y04: Agressão por meio de força corporal	364	364	308	56	–	–
Z03: Observação e avaliação médica por doenças e afecções suspeitas	360	219	181	33	05	141
L02: Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz	358	263	230	25	08	95
T08: Fratura da coluna, nível não especificado	353	284	184	100	–	69
M22: Transtornos da rótula [patela]	347	136	82	30	24	211
Y65: Outros acidentes durante a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos.	344	344	344	–	–	–

W19: Queda sem especificação	343	341	226	111	04	02
W50: Golpe, pancada, pontapé, mordedura ou escoriação infligidos por outra pessoa	336	335	227	108	—	01
S73: Luxação, entorse e distensão da articulação e dos ligamentos do quadril	332	288	188	99	01	44

ANEXO D - Quantidade de acidentes do trabalho CID-10 mais incidentes no Brasil, 2013
(Continuação)

Quantidade de acidentes do trabalho, por situação de registro e motivo, segundo os 200 códigos da Classificação Internacional de Doenças - CID-10 mais incidentes, no Brasil – 2013 (conclusão)						
CID 10	Quantidade de acidentes do trabalho					
	Total	Com CAT Registrada				Sem CAT Registrada
		Motivo				
		Total	Típico	Trajetos	Doença do Trabalho	
T78: Efeitos adversos não classificados em outra parte	331	313	285	12	16	18
H44: Transtornos do globo ocular	318	287	284	2	01	31
T98: Seqüelas de outros efeitos de causas externas e dos não especificados	318	90	68	21	01	228
T75: Efeitos de outras causas externas	310	290	285	3	02	20
R51: Cefaléia	309	304	232	68	04	05
W87: Exposição a corrente elétrica não especificada	301	289	286	2	01	12
H54: Cegueira e visão subnormal	300	110	98	5	07	190
S65: Traumatismo de vasos sangüíneos ao nível do punho e da mão	300	274	250	20	04	26
R57: Choque não classificado em outra parte	293	289	252	35	02	4
S27: Traumatismo de outros órgãos intratorácicos e dos não especificados	286	214	131	82	01	72
T65: Efeito tóxico de outras substâncias e as não especificadas	284	277	268	6	03	07
S76: Traumatismo de músculo e de tendão ao nível do quadril e da coxa	284	214	170	43	01	70
W10: Queda em ou de escadas ou degraus	283	282	240	41	01	01
I10: Hipertensão essencial (primária).	281	62	37	13	12	219
S11: Ferimento do pescoço	280	272	225	47	–	08
A09: Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível.	279	279	203	1	75	–
Z54: Convalescença	275	275	193	68	14	–
T10: Fratura do membro superior, nível não especificado	274	233	167	66	–	41

M43: Outras dorsopatias deformantes	266	160	107	41	12	106
S23: Luxação, entorse e distensão de articulações e dos ligamentos do tórax	265	247	191	53	03	18
W18: Outras quedas no mesmo nível.	264	264	186	76	02	–
R07: Dor de garganta e no peito	260	251	172	76	03	09

ANEXO D - Quantidade de acidentes do trabalho – CID-10 mais incidentes no Brasil, 2013
(Continuação)

Quantidade de acidentes do trabalho, por situação de registro e motivo, segundo os 200 códigos da Classificação Internacional de Doenças - CID-10 mais incidentes, no Brasil – 2013 (conclusão)							
CID 10	Total	Quantidade de acidentes do trabalho					
		Com CAT Registrada				Sem CAT Registrada	
		Total	Motivo				
			Típico	Trajetos	Doença do Trabalho		
M76: Entesopatias dos membros inferiores, excluindo pé	256	135	88	25	22	121	
R69: Causas desconhecidas e não especificadas de morbidade	255	254	204	47	03	01	
M67: Outros transtornos das sinóvias e dos tendões	253	128	101	15	12	125	
F40: Transtornos fóbico-ansiosos	247	110	83	9	18	137	
K43: Hérnia ventral	247	16	5	1	10	231	
L24: Dermatites de contato por irritantes.	246	163	123	1	39	83	
L98: Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo não classificadas em outra parte	245	204	172	30	02	41	
S94: Traumatismo dos nervos ao nível do tornozelo e do pé	239	214	164	50	–	25	
I21: Infarto agudo do miocárdio	238	60	22	7	31	178	
T04: Traumatismos por esmagamento envolvendo múltiplas regiões do corpo	238	221	152	69	–	17	
M16: Coxartrose [artrose do quadril]	237	36	21	2	13	201	
M20: Deformidades adquiridas dos dedos das mãos e dos pés	236	140	121	17	02	96	
L25: Dermatite de contato não especificada	235	135	96	2	37	100	
X23: Contato com abelhas, vespas e vespões	228	227	212	15	–	01	

M84: Transtornos da continuidade do osso.	226	103	69	27	07	123
J38: Doenças das cordas vocais e da laringe não classificadas em outra parte.	224	26	6	–	20	198
X47: Intoxicação accidental por e exposição a outros gases e vapores	222	217	211	4	02	05
S03: Luxação, entorse ou distensão das articulações e dos ligamentos da cabeça	222	195	142	52	01	27
M15: Poliartrrose.	221	129	84	25	20	92

ANEXO D - Quantidade de acidentes do trabalho – CID-10 mais incidentes no Brasil, 2013 (Conclusão)

Quantidade de acidentes do trabalho, por situação de registro e motivo, segundo os 200 códigos da Classificação Internacional de Doenças - CID-10 mais incidentes, no Brasil – 2013 (conclusão)

CID 10	Total	Quantidade de acidentes do trabalho				Sem CAT Registrada
		Com CAT Registrada				
		Total	Motivo		Doença do Trabalho	
			Típico	Trajeto		
F10: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	221	20	7	1	12	201
S79: Outros traumatismos e os não especificados do quadril e da coxa	219	200	141	59	—	19
R96: Outras mortes súbitas de causa desconhecida	213	213	112	101	—	—
A16: Tuberculose das vias respiratórias, sem confirmação bacteriológica ou histológica	212	17	3	—	14	195
		23.11				
Outros	30.470	6	17.211	4.597	1.308	7.354
Ignorado.	358	98	77	21	—	260

Fonte: Brasil (2015c).