



6º Encontro Internacional de Política Social
13º Encontro Nacional de Política Social
Tema: Duzentos anos depois: a atualidade de Karl
Marx para pensar a crise do capitalismo
Vitória (ES, Brasil), 4 a 7 de junho de 2018

Eixo: Pobreza e desigualdades no capitalismo contemporâneo.

A ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO BRASIL: REFLEXÕES SOBRE O ACESSO

Laura Freitas Oliveira¹

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo a reflexão sobre a problemática do acesso ao tratamento de câncer no país, partindo da experiência no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva e das reflexões suscitadas no bojo das investigações desenvolvidas no processo de doutoramento em Serviço Social. A proposta busca discutir sobre como o acesso à saúde, no nível da alta complexidade do Sistema Único de Saúde é vivenciado e enfrentado pela população, em um contexto de implantação de um Sistema Estadual de Regulação (SER). O debate passará, ainda, pela reflexão crítica sobre a compreensão da pobreza e a elaboração de estratégias para seu enfrentamento por organismos internacionais e como o Estado, historicamente, no Brasil, assume funções no campo das políticas sociais.
Palavras-chave: Serviço Social; Pobreza; Saúde pública.

ONCOLOGICAL CARE IN BRAZIL: REFLECTING ON ACCESS

Abstract: The present work has the objective of reflecting on the issue of access to cancer treatment in Brazil, based on the experience of the National Institute of Cancer José Alencar Gomes da Silva and the reflections raised in the field of research developed in the doctorate process in Social Work. The proposal seeks to discuss how the access to health, at the level of high complexity of the Unified Health System is experienced and faced by the population, in a context of implementation of a regulation system (SER). The debate will also include critical reflection on the understanding of poverty and the elaboration of strategies for its confrontation by international organizations, and how the State, historically in Brazil, takes on functions in the field of social policies.

KEYWORDS: Social work; Poverty; Public health.

Introdução

O Brasil, em um processo afinado com o que se presencia no contexto internacional, tem testemunhado uma intensificação dos retrocessos no que diz respeito à proteção social, com a destituição de direitos sociais. Reafirmam-se, ainda, as expressões da questão social em um contexto de desregulamentação e precarização do trabalho, de aumento do desemprego e de acentuação da já expressiva desigualdade social no país.

No que se refere à área da saúde pública, objeto da reflexão aqui proposta, também se verifica este processo de precarização, como parte de um projeto de contrarreforma, nos termos de Behring, “conservadora e regressiva” (2008, p. 171), desenvolvido pelo Estado em consonância com os interesses do capital. Neste sentido,

¹ Mestre e doutoranda em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Assistente social do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). E-mail: <laurafrei2009@gmail.com>.

vivencia-se um contexto marcado por expressivas perdas para a classe trabalhadora e um distanciamento cada vez maior entre os dispositivos constitucionais que preconizam os direitos sociais e as correspondentes políticas públicas e sociais para acessá-los.

A proposta de elaboração teórica aqui apresentada parte das reflexões suscitadas no cotidiano do exercício profissional no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), onde é possível verificar o impacto dos retrocessos no campo da proteção social no Brasil. O desmonte das políticas públicas tem, desta forma, rebatimentos não só no processo de tratamento dos pacientes (dificuldades para comparecimento a consultas e tratamentos quimioterápicos e/ou de radioterapia, que exigem grande frequência ou longos períodos de internação), mas também no primeiro acesso ao Instituto.

Refletir acerca da temática do acesso a uma instituição de atenção oncológica implica, portanto, pensar o desmonte da política de saúde, os ataques ao SUS, as crescentes perdas da classe trabalhadora em um contexto que sugere mudanças ainda mais nefastas nos curto e médio prazos para a classe trabalhadora².

Pobreza e o Acesso à Alta Complexidade no SUS

O acesso ao tratamento de câncer no estado do Rio de Janeiro tem sido realizado tanto através do sistema de regulação estadual, como diretamente pela triagem do Instituto, em alguns casos, ou mesmo por meio da judicialização³, saída encontrada por muitos pacientes para garantia de tratamento após a confirmação do diagnóstico.

Via de regra, o caminho para o primeiro acesso ao Instituto, na maior parte das clínicas especializadas⁴, passa pelo SER – Sistema Estadual de Regulação – e pela

² Aprovada pelo Congresso Nacional em dezembro de 2016, a Proposta de Emenda Constitucional nº 241, que propõe congelamento do teto com despesa primária em todos os Poderes da União e órgãos federais com autonomia administrativa e financeira integrantes do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social para os próximos vinte anos, é apenas um dos exemplos dos retrocessos recentes no âmbito das políticas públicas. Outro exemplo ainda mais recente é a aprovação da Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017, cujos dispositivos alteram a CLT - Consolidação das Leis do Trabalho, em mais uma contrarreforma – a “Reforma Trabalhista” - que atinge frontalmente direitos conquistados há mais de 70 anos.

³ Apesar de não se constituir o objeto do presente trabalho, a judicialização deve ser mencionada como um dos elementos que atravessam o acesso à saúde. Pesquisa realizada no ano de 2015 (SILVA, 2016) apontou que, dos pacientes matriculados por via judicial na instituição em tela, entre janeiro e junho, quase 90% acessou o Sistema Judiciário através da Defensoria Pública, ou do estado do Rio de Janeiro ou da União, o que indica a baixa renda dos solicitantes. Destes, ainda, quase 60% tinham apenas o Ensino Fundamental (34,38% completo e 25% incompleto), o que também fala da baixa instrução escolar deste público. (SILVA, 2016).

⁴ Excetuam-se, no momento, apenas as clínicas de Cirurgia Pediátrica, Hematologia Adulto e Pediátrica, Dermatologia e Oncologia Clínica. Os procedimentos necessários para realização da matrícula se iniciam

Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), nos casos de pacientes de outros estados da federação.

Os dispositivos que regulamentam os mecanismos de regulação no SUS destacam que o seu objetivo precípua diz respeito à equidade no acesso e à integralidade (BRASIL, 2008, 2011), porém pode-se acrescentar os princípios da regionalização e hierarquização, previstos pela Lei Orgânica da Saúde, como motivadores da estruturação de um sistema de regulação.

Não se pode, porém, desconsiderar os riscos de uma burocratização do acesso, uma vez que a realização de exames, consultas e outros procedimentos ainda prévios ao encaminhamento ao instituto também devem ser regulados, o que pode tornar – e a experiência o tem demonstrado – o início do tratamento ainda mais tardio.

Grande desafio se impõe ao se deter esta que é uma das doenças que mais vitimam no país⁵. Atualmente, a política de atenção oncológica no Brasil é regida pela Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, que 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) e, como forma de garantir o acesso o mais precocemente possível ao tratamento, devido às maiores chances de cura, foi criada a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, conhecida como a “Lei dos 60 Dias”, que define o seguinte, em seu artigo segundo: “o paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor [...]”.

A elaboração de uma norma específica como esta pode ser considerada um reconhecimento da magnitude que a doença tem alcançado nos últimos tempos e dos graves riscos de se iniciar o tratamento tardiamente. Considerando-se as transições epidemiológica e demográfica – envelhecimento da população e maior expectativa de vida – pelas quais o país vem passando, a estimativa para o Brasil, biênio 2018-2019,

nas Unidades Básicas de Saúde onde forem atendidos os pacientes do município do Rio de Janeiro e nas Secretarias de Saúde dos seus municípios para pacientes do estado do Rio de Janeiro. Já moradores de outros estados são encaminhados pelas Secretarias Municipais de Saúde e/ou Secretarias Estaduais de Saúde para cadastro na CNRAC, como informa o site do INCA. Serão, de modo geral, os sistemas de regulação que irão gerenciar as vagas disponíveis e definir onde será feito o atendimento, segundo critérios como proximidade com a residência do paciente e complexidade do caso.

⁵ De acordo com dados de 2015, extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade, o câncer representa 16,59% do total das causas de morte no Brasil, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório, com 27,65%.

aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano (INCA, 2018). A trajetória destes sujeitos desde os primeiros sintomas é, muitas vezes, difícil e longa, passando pelo processo de confirmação do diagnóstico até a chegada à alta complexidade no SUS. Além destas dificuldades, devem ser considerados também os desafios para a efetivação deste tratamento, uma vez que normalmente requer do paciente um alto grau de adesão, já que a radioterapia, indicada em boa parte dos casos, só para dar um exemplo, é realizada todos os dias, por até 40 dias. Ora, considere-se que a atualidade encontra-se marcada pela

[...] redução do valor real do salário da classe trabalhadora, sua inserção precária no mercado de trabalho, bem como a flexibilização deste mercado, a valorização do trabalhador polivalente e o desemprego estrutural, fatores que dentre outros, geram a pauperização cada vez mais acentuada dos trabalhadores. (SCHREIDER; MONTEIRO, 2013, p. 78)

Some-se a estes fatores os altos índices de desemprego e alta frequência ao hospital e internações prolongadas, e verifica-se que a continuidade do tratamento é extremamente dificultada e, muitas vezes, inviabilizada. Desta forma, é fundamental levar em conta os impactos do câncer na vida do paciente e de suas famílias, em toda a sua trajetória.

O debate sobre a pobreza é, portanto, indissociável da temática do acesso ao SUS, sendo parte integrante das “expressões da chamada questão social, objeto do trabalho do assistente social, que, somadas ao adoecimento por câncer [...] trazem uma série de dificuldades tanto para os pacientes em tratamento quanto para os seus familiares” (CHAVES; OLIVEIRA, 2014, p. 149).

Siqueira (2012a, 2012b) apresenta elementos que auxiliarão na reflexão sobre o modo como a política de seguridade social tem sido tratada no país, a partir do debate em curso quanto às diferentes abordagens sobre a pobreza. A autora demonstra que o Banco Mundial, em nome de um suposto combate à pobreza no mundo – compreendida com base em indicadores econômicos – terminaria por incentivar a acumulação da riqueza socialmente produzida⁶. Isto porque a pobreza é encarada por

⁶ Netto (2007, p. 144 – grifos do autor) ressalta, porém, que “*se o ciclo de crescimento for longo e expressivo, se for acompanhado por uma política expressamente redistributiva e se se puder manter na inflação baixa* – atendidas essas condições o crescimento pode, efetivamente, ter um efeito positivo na redução da pobreza. Na ausência desses requisitos, o crescimento não só não afeta os níveis de pobreza, como até mesmo ‘pode acarretar desigualdades crescentes’ (SALAMA; DESTREMAU, op. cit., p. 41) – e exemplo disso foi o que se registrou no ‘milagre econômico’ operado durante alguns anos no Brasil da ditadura implantada em 1964.”

esta instituição de maneira desarticulada à acumulação de riqueza, somada à concepção de que a força do comércio e a capacidade da gestão capitalista constituem o alicerce para a erradicação da pobreza (SIQUEIRA, 2012a, p. 359). Desta forma, afirma a autora,

Seja pelos incentivos às dívidas públicas, ou seja, por apresentar soluções pontuais, com saídas temporárias das mais desumanas formas de vida, ou desenvolvimento econômico, tecnológico e científico sem distribuição igual do seu produto, o Banco Mundial demonstra seu lugar e sua opção política nessa sociedade, estruturada por interesses de classes antagônicas. (SIQUEIRA, 2012a, p. 360)

A partir do início dos anos 2000, quando são incorporados pelo Banco Mundial à noção de pobreza aspectos ambientais e psicológicos, o Estado deixa de ser o “agente fundamental na proteção das 'populações pobres' ou de 'risco social', mas as próprias comunidades vulneráveis mobilizarão seus recursos para reverter a situação, numa espécie de 'empoderamento'” (SIQUEIRA, 2012b, p. 121). Esta compreensão do fenômeno tem estreita vinculação teórica com autores como Amartya Sen (2000) e Pierre Rosanvallon (1998).

Amartya Sen, em uma de suas mais importantes obras, defende que

[...] as pessoas tem de ser vistas como ativamente envolvidas – dada a oportunidade – na conformação de seu próprio destino, e não apenas como beneficiárias passivas dos frutos de engenhosos programas de desenvolvimento. O Estado e sociedade tem papéis amplos no fortalecimento e na proteção das capacidades humanas. (SEN, 2000, p. 77)

Além disso, o autor destaca que o mecanismo de mercado constitui-se em um sistema pelo qual as pessoas poderiam “interagir e dedicar-se a atividades mutuamente vantajosas” (id., p. 189). O pensamento de Sen baseia-se, assim, como se pode verificar também em outras proposições de seu trabalho, na naturalização do sistema capitalista, conforme ressalta Siqueira (id., p. 126-127), uma vez que considera a propriedade da mesma forma que o gênero: “assim como uns nascem mulheres outros nascem proprietários”, explicando, ainda, a diversidade social a partir da “diversidade generalizada entre os seres humanos”. Desta forma, a questão da produção social da riqueza e da distribuição desigual de seus frutos passa ao largo da discussão⁷.

⁷ Siqueira (2012b, p. 125) destaca que o autor remonta, em sua reflexão, a Marshall, com sua proposição sobre os direitos constitutivos da cidadania, como se o socialismo já houvesse sido alcançado a partir da evolução da cidadania. Importante ressaltar que o pensamento do autor tem por base o neoliberalismo.

Rosanvallon, por sua vez, apresenta uma proposta de reinstauração do Estado Providência a fim de manter a coesão social, mas não mais sob a perspectiva do direito social, e sim da solidariedade que, segundo ele, tem como um de seus princípios a ultrapassagem de um raciocínio em termos meramente econômicos dos benefícios sociais em favor de encará-los como uma dimensão da cidadania⁸, passando a constituir “uma das expressões do vínculo social” (ROSANVALLON, 1998, p. 85).

É assim que este autor constrói sua crítica aos padrões “tradicionais” de proteção social do Estado: ao que ele denomina “Estado Providência passivo” propõe a substituição pelo “Estado providência ativo”, que responderia de forma mais eficiente às novas modalidades de insegurança que hoje se apresentam. A insegurança social não poderia mais ser percebida exclusivamente em termos de risco⁹, que se referiria a situações de um *possível* desemprego futuro, ou de garantias previdenciárias¹⁰, ou, ainda, riscos catastróficos como perigos naturais, acidentes tecnológicos, agressões de grande amplitude ao meio ambiente, que afetariam populações inteiras, e não indivíduos isolados. Deve ser agora percebida a partir do conceito central da precariedade ou da vulnerabilidade, muito mais que do de risco, o que levaria à necessidade de estabelecer um novo contrato social, baseado na personalização dos meios de atuação do Estado Providência, “para adaptar-se ao caráter específico das situações” (id., *ibid.*, p. 26), individualizando, por assim dizer, as ações do Estado.

A natureza do pauperismo, porém, não está compreendida em limitações ou em dificuldades individuais, mas, como explanou Marx,

o pauperismo constitui o asilo para inválidos do exército ativo de trabalhadores e o peso morto do exército industrial de reserva. Sua produção está incluída na produção da superpopulação relativa, sua necessidade na necessidade dela, e ambos constituem uma condição de existência da produção capitalista e do desenvolvimento da riqueza. (MARX, 1996, p. 273)

⁸ Daí a proposta do autor de um Estado produtor de civismo.

⁹ Ulrich Beck (1997) apresenta a concepção de sociedade de risco, que seria uma “fase no desenvolvimento da sociedade moderna, em que os riscos sociais, políticos, econômicos e individuais tendem cada vez mais a escapar das instituições para o controle e a *proteção* da sociedade industrial” (BECK, 1997, p. 15 – grifo meu). Esta compreensão implicaria, segundo a lógica do autor, um processo quase que autônomo, onde a imprevisibilidade, as incertezas ocupariam um espaço de predominância, e a sociedade de risco representaria, por exemplo, em última instância, no caso da política – reflexiva – o desaparecimento do político. Importante destacar que este conceito de sociedade de risco não representa, como pode parecer num primeiro momento, uma superação do capitalismo. Esta concepção de risco está presente na formulação de políticas como a PNAS, Política Nacional de Assistência Social, de 2004.

¹⁰ Isto porque, segundo o autor, “a seguridade social não parece mais o centro agregador do progresso social e passou a cobrir só uma parte do chamado ‘campo social’” (id., *ibid.*, p. 41).

Compreendido este caráter estrutural da pobreza na sociedade capitalista, importante se faz sinalizar, de modo breve, como, historicamente, o Estado atua sobre as expressões da questão social.

A Intervenção Estatal: um breve histórico

A necessidade de proteção, ou seja, a necessidade da intervenção do Estado, do cumprimento de um papel de “protetor” da sociedade dos processos de certa forma irrefreáveis¹¹, é anterior ao capitalismo¹². Polanyi (1980) trabalha esta temática, na tentativa de demonstrar que, desde o período dos cercamentos, anterior à Revolução Industrial cerca de 150 anos, na Inglaterra, com toda a calamidade que representou, já surge, a partir da política dos Tudors e dos primeiros Stuarts, uma diminuição do ritmo do processo de desenvolvimento econômico, até que ele se tornasse socialmente suportável, “[...] utilizando o poder do governo central para socorrer as vítimas da transformação e tentando canalizar o processo de mudança de forma a tornar seu curso menos devastador” (POLANYI, 1980, p. 57). É claro que naquele momento – e o próprio autor deixa implícita uma crítica a isto – a função protetora do Estado se dava de modo essencialmente paternalista, ou seja, havia um compromisso com o Bem-Estar Social da plebe que era, porém, “glorificada no poder e na grandeza do soberano”.

Marx recorda, sobre o período, que se constituiu fase de transição, com a “acumulação primitiva”, que marcou a separação entre produtor e meios de produção, configurando-se o que denominou “[...] pré-história do capital e do modo de produção que lhe corresponde” (MARX, 1996, p. 340).

Já no período da Revolução Industrial, nada teria sido feito, segundo Polanyi, para salvar o povo comum da Inglaterra, tal era a crença no progresso espontâneo propagada pelo liberalismo. Com a emergência da pobreza em massa, decorrente da Revolução Industrial, se tornou mais difícil culpabilizar os indivíduos pobres, até porque mesmo os trabalhadores agora estavam se tornando pobres. A

¹¹ É fundamental deixar claro que o reconhecimento de uma tendência não significa que não seja possível refreá-la, e é aí que o Estado buscará intervir em favor da redução dos seus efeitos na sociedade. É assim que, no século XVIII, de acordo com Polanyi (1980, p. 51), também já se podia perceber que um processo como a Revolução Industrial, de “mudança não-dirigida, cujo ritmo é considerado muito apressado, deveria ser contido, se possível, para salvaguardar o Bem-Estar Social da comunidade.”

¹² Antes ainda do século XVI, são elaboradas legislações com caráter interventivo do Estado sobre o trabalho. Um exemplo é a Poor Law, de 1601, segundo a qual os pobres capacitados deveriam trabalhar para ganhar o seu sustento e a paróquia deveria providenciar esse trabalho, recaindo toda a carga de assistência sobre esta, através de impostos ou taxações locais.

pobreza, assim, se torna um fenômeno social. Dois fenômenos emergem naquele momento, de acordo com este autor: o mercado e a pobreza como um fenômeno de massa.¹³

Lembramos aqui o caráter essencialmente contraditório do modo de produção que emergia, segundo o qual a “[...] acumulação de miséria [seria] correspondente à acumulação de capital [...]” (MARX, 1985, p. 210); isto caracteriza o antagonismo da acumulação capitalista, ou seja, do próprio modo de produção capitalista.

Esping-Andersen (1991, p. 192) recorda que “nas sociedades pré-capitalistas poucos trabalhadores eram propriamente mercadorias no sentido de que sua sobrevivência dependia da venda de sua força de trabalho”, e o despojamento da sociedade “das camadas institucionais que garantiam a reprodução social fora do contrato de trabalho significou a mercadorização das pessoas”.

Mandel (1985, p. 335), ao refletir sobre a origem do Estado, destaca que depois que “a acumulação primitiva da usura e do capital mercantil alcançou certo grau de maturidade [...] é que o próprio Estado tornou-se mais explicitamente um instrumento da acumulação progressiva de capital e o parceiro do modo de produção capitalista.” A partir de então, tem-se o Estado burguês, que se vai constituindo enquanto locus de disputas, sim, porém, centralmente, entre grupos de capitalistas, pela distribuição do orçamento, característica que marca o período concorrencial do capitalismo.

Ianni (1965) entende que é pelo intermédio do Estado que se realizaria um equilíbrio de forças das classes sociais que estruturam o sistema econômico-social e político, ressaltando que, no entanto, “o Estado raramente guarda independência em face de uma ou outra, ou o todo” e destacando que “as medidas governamentais são inevitáveis, para que as forças do mercado [...] possam concretizar-se da melhor forma possível, em consonância com a preservação e progresso do sistema.” (IANNI, 1965, p. 16). O mesmo autor afirma, ainda,

[...] em suma, no âmbito do processo de acumulação de capital, originado com o desenvolvimento, o Estado surge como uma *mediação*. É o *próprio capital, nacional e estrangeiro, que mediatiza o Estado*, para que se constitua

¹³ Pastorini (2004) indica que, até o período da Revolução Industrial, não se havia visto uma pauperização massiva da população trabalhadora, inclusive quando se aumentava, a partir da lei geral da acumulação capitalista, a capacidade social de produzir riquezas.

a configuração indispensável à própria manifestação. [...] A despeito de aparecer como autônomo, livre, em face das manifestações do capital, o progresso da interpretação revela *que ele concretiza determinações do capital*. (IANNI, 1965, p. 21-22, grifos nossos).

No que se refere ao Brasil, Ianni reflete sobre o Estado no capitalismo trazendo grande contribuição ao debate sobre o processo de conformação, na sociedade brasileira, das atividades estatais e sua crescente importância. Necessário recordar, assim, nos termos deste autor, que

[...] além das contradições na esfera da burguesia, dividida em interesses divergentes e muitas vezes voltados para o exterior, foi decisiva a atuação dos centros de atuação externos. [...] Nesse jogo, *o Brasil foi pensado como base de operações e não como uma economia independente e autônoma*” (IANNI, 1965, p. 33, grifos nossos).

Desta forma, o país constituiu-se com os traços básicos do “difícil capitalismo dependente”, como destacava Fernandes, em que “[...] o horizonte histórico da burguesia brasileira dificilmente seria / será suficientemente amplo, no sentido da realização de uma revolução nacional e democrática” (BEHRING, 2008, p. 101).

No Brasil, o período entre 1930 e 1980 foi marcado pelo desenvolvimentismo¹⁴, ingrediente ideológico fundamental da industrialização de tipo capitalista, como ocorreu no Brasil, de acordo com Ianni (1965, p. 108). Neste interregno, sobretudo até os finais da década de 70, como recorda Netto (2007, p. 144), a industrialização, urbanização e modernização da agricultura brasileiras foram acompanhadas de uma extraordinária performance econômica, com um aumento anual de, em média, 5,9% do PIB e a multiplicação por 5 da renda per capita. Este crescimento econômico brasileiro não trouxe, porém, a realização da tal prometida “distribuição do bolo”, e neste período, o que foi constatado é que o padrão de desigualdade se manteve, ao contrário do que autores liberais e agências multilaterais já propagaram, como visto acima.

Pode-se afirmar, considerando o período em questão, que, no Brasil, “a cobertura previdenciária se universaliza sob um ordenamento político fechado, repressor das demandas sociais e que, ao invés de hierarquizar a cidadania, a nivela num estatuto

¹⁴ Segundo Ianni (1965, p. 108), a ideologia desenvolvimentista exprime sobretudo “a conversão do poder econômico da burguesia industrial em poder político, em que a hierarquia das classes sociais se reordena em uma nova configuração. O Estado patrimonial se converte em Estado burguês. Nessa concepção, desenvolvimento significa industrialização. Isto é, afirma-se que é geral (desenvolvimento econômico, social, cultural etc.) o que é, em primeiro lugar, particular (a supremacia da produção industrial). É a ideologia da nova classe dirigente, na fase de ascensão ao poder.”

inferior” (VIANNA, 2011, p. 142). Melo destaca o *fracasso* das reformas operadas no pós-autoritarismo no sentido de

[...] exprimir o resultado da ação de constrangimento que, conjugados a ‘características estruturais do sistema político brasileiro’, limitaram ‘o escopo de estratégias redistributivas e de natureza universalista’ – estratégias adotadas pelas reformas das políticas sociais em geral – no contexto democrático da segunda metade dos anos 80. (MELO, 1993, apud VIANNA, 2011, p. 155, grifos da autora)

Referindo-se à fase monopolista do capitalismo, com sua tendência à superacumulação, Mandel (1985, p. 338) destaca que uma de suas características “foi uma ampliação geral da legislação social, que ganhou impulso particular no período imperialista”. Esta tendência a uma ampliação da legislação social acabou determinando, de acordo com o mesmo,

[...] uma redistribuição considerável do valor socialmente criado em favor do orçamento público, que tinha de absorver uma percentagem cada vez maior dos rendimentos sociais a fim de proporcionar uma base material adequada à escala ampliada do Estado do capital monopolista. (MANDEL, 1985, p. 338-339)

Este período foi caracterizado pelo que o autor denomina uma longa onda expansiva do capital, e um de seus rebatimentos, no caso brasileiro, está relacionado, entre outros fatores, à característica, ressalta pelo autor como inata, do capital de “[...] combinar expansão internacional com a formação e a consolidação de mercados nacionais” (MANDEL, 1985, p. 219).

Mandel afirma que a fase do capitalismo tardio, em expansão no pós-guerra, se caracteriza por “dificuldades crescentes de valorização (supervalorização, superacumulação)” e, ainda, “pela suscetibilidade crescente do sistema social a explosivas crises econômicas e políticas que ameaçam diretamente todo o modo de produção capitalista.” Estes movimentos acabam por demandar, por assim dizer, do Estado uma maior intervenção no sistema econômico vigente, o que torna mais claro “[...] o fato de que esse sistema sofre de uma doença incurável.” (MANDEL, 1985, p. 340-341)

A partir da década de 1970, uma longa onda com tonalidade de estagnação do capitalismo, a nível mundial, se inicia, chegando, sobretudo após a década de 1980, ao Brasil, com o neoliberalismo, a reestruturação produtiva, a mundialização do capital,

contrarreformas, a reestruturação do Estado, que atingem diretamente o campo dos direitos.

Estas mudanças impactam diretamente na forma como o Estado lida com a questão social¹⁵, caracterizando uma alteração na intervenção estatal, interpretada por alguns como “enxugamento”, “diminuição”, “minimização” do Estado, mas compreendida aqui no sentido de Estado mínimo para o social, e máximo para o capital, como caracterizado por Netto.

Mesmo em se tratando de um Estado focalista, seletivo, clientelista, no campo das políticas sociais, importante destacar a vinculação de certo modo orgânica entre o capital e o Estado, claro, no modo de produção em questão. Cislighi (2015, p. 36) o ilustra ao analisar os serviços de saúde, constituintes das políticas sociais, tomando como referência Mandel. A autora recorda que, mesmo sendo oferecidos pelo Estado, estes serviços ainda se manteriam dentro do circuito do capital, uma vez que acelerariam a rotação do capital por meio da compra de materiais do capital privado pelo Estado, como equipamentos, medicamentos e outros, “reduzindo os custos da produção como salário indireto”. De acordo com a autora, no capitalismo, “quando oferecidos pelo Estado os serviços sociais participam indiretamente da valorização do capital. Quando oferecidos diretamente pelo capital, os serviços sociais tornam-se fontes diretas de mais valia, muitas vezes subsidiados pelo fundo público” (CISLAGHI, 2015, p. 38).

Um modelo de saúde afinado com um ideal de sociedade radicalmente democrático e que se realize, de fato, universalmente, está colocado como projeto há muito pouco tempo no Brasil. Isto também significa que ainda necessita de muita luta em seu favor, uma vez que o SUS tem sido consolidado como “espaço destinado aos que não tem acesso aos subsistemas privados” (BRAVO, 2009, p. 107). Estes “subsistemas” tem sido fortemente incentivados pelo poder público, por meio do Ministério da Saúde e, mais especificamente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – a ANS –, com estratégias como a possibilidade de implementação, pelas operadoras, de planos de saúde populares, fragilizando ainda mais o Sistema Único de

¹⁵ Importante deixar claro o reconhecimento das diferenças no trato com a questão social pelo Estado no período da onda longa expansiva do capital entre o Brasil, um país de capitalismo periférico e países de capitalismo central. Nestes últimos é possível reconhecer a existência de um Estado de Bem-Estar Social, enquanto o Brasil, mesmo que se reconheçam avanços nas legislações sociais / trabalhistas no período, não chegou a conformar um Welfare State.

Saúde. Estas estratégias, no caso da alta complexidade, representam maiores desafios na luta contra propostas privatistas, fato verificado nas falas do atual ministro da saúde¹⁶ e dos dirigentes – indicados por Ministros de governo.

Cislaghi (2015, p. 95) caracterizará a prestação dos serviços de saúde pelo Estado através de três subsistemas: o próprio, o contratado e o conveniado, desde o INPS até a formação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) em 1977. O INCA, parte deste subsistema próprio de prestação de serviços de saúde, esteve ligado ao Ministério da Saúde, desde a criação do Serviço Nacional de Câncer, vinculado ao Governo Federal ainda na década de 1940¹⁷, e assim se mantém desde então, com exceção apenas de um curtíssimo período de três anos, quando fica subordinado ao Ministério da Educação e Cultura (1969-1972).

A reflexão sobre o modo como o Estado brasileiro tem se constituído, tomando o século passado, sua atuação até os dias atuais, e como assume funções no campo das políticas sociais se faz imprescindível neste esforço por melhor compreender o modo como a política oncológica tem sido conduzida.

Considerações finais

À guisa de conclusão, ainda que longe da intenção de esgotar a temática, destaque-se que o processo de conformação das políticas sociais no Brasil e a atuação do Estado neste campo, sobretudo no que diz respeito à política de saúde voltada à alta complexidade, tem mantido um caráter central, uma vez que, como já foi lembrado, o Estado segue assumindo áreas consideradas mais onerosas da saúde. Ao mesmo tempo, verifica-se que as políticas de prevenção / detecção precoce vem também sendo cada vez mais desestimuladas através do desfinanciamento da política de saúde e precarização da saúde básica, o que leva os usuários à perda das possibilidades curativas de um tratamento, ou mesmo lhes nega, devido às dificuldades enfrentadas para chegar à alta complexidade, qualquer possibilidade de tratamento.

¹⁶ O atual ministro da saúde, importante destacar, Ricardo Barros – cuja formação, aliás, é em Engenharia Civil, em sua natureza, alheia à grande área das Ciências da Saúde – tem se pronunciado, com frequência, em favor da ampliação dos planos privados de saúde – não por acaso, seus principais financiadores de campanha eleitoral –, o que colide frontalmente com o Projeto de Reforma Sanitária no qual o próprio SUS se encontra alicerçado.

¹⁷ A década de 1930 marca a criação do centro de cancerologia do Distrito Federal, no governo Getúlio Vargas.

Refletindo sobre o cotidiano profissional, ressalta-se que a atuação do assistente social em uma esfera pública de serviços de saúde como a oncologia pressupõe, de acordo com Chaves e Oliveira (2014, p. 152),

[...] uma aproximação adequada desta população usuária e suas demandas, captando-as e compreendendo-as no cotidiano em que se delineiam como expressões da questão social inerente à sociedade capitalista. Isto permitirá, a partir de uma análise sócio-político-econômica e institucional, inserir a população na rede de serviços disponíveis intra e extra-institucionalmente (CHAVES; OLIVEIRA, 2014, p. 152).

A direção social dada à prática é de fundamental importância no nosso cotidiano profissional, esta, porém, normalmente é força contrária àquela da direção social dada pela sociedade capitalista transnacional, que conta como um de seus instrumentos poderosos a informação, conforme tem-se verificado até aqui, lembram Carvalho e Netto (2007, p. 56). Assim, considerando que toda a prática social é determinada, a diferença pode – e deve – estar na direção dada a esta, que pode ser “mais profunda e global”, e é aí que ela passa a ser denominada práxis social.

Referências

BECK, U. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In: GIDDENS, A.; BECK, U.; LASH, S. **Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1997. p. 11-71.

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

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 12 mar. 2014.

_____. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do SUS**. Brasília (DF), 2008.

_____. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início**. Brasília (DF), 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm>. Acesso em: 9 out. 2016.

_____. **Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943, e as Leis nos 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho.** Brasília (DF), 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm>. Acesso em: 14 fev. 2018.

_____. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.** Brasília (DF), 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 16 out. 2016.

_____. **Sistema de Informação sobre Mortalidade.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 10 out. 2016.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et. al. (Org.). **Serviço Social e Saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília (DF): OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009, p. 88-110.

CARVALHO, M. do C. B. de; NETTO, J. P. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CHAUÍ, M. **Brasil: mito fundador e sociedade autoritária**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

CHAVES, A. R. de M.; OLIVEIRA, L. F. Rebatimentos sociais do tratamento oncológico: reflexões do Serviço Social na Clínica de Hematologia. Cadernos de Psicologia, Rio de Janeiro: INCA, n. 2, 2014. p. 148-152.

CISLAGHI, J. F. **Elementos para a crítica da economia política da saúde no Brasil: parcerias público-privadas e valorização do capital**. 2015. 193 f. Tese (Doutorado em Serviço Social)–Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Regulação em saúde**. Brasília (DF), 2011.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do *Welfare State*. *Lua Nova*, n. 24, set./ 1991.

IANNI, O. **Estado e Capitalismo: estrutura social e industrialização no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1965.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2018.

_____. **Estadramento**. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp>

?ID= 54>. Acesso em 23 set. 2106.

MANDEL, E. **O Capitalismo Tardio**. 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

_____. **O Capital: crítica da economia política**. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

MAZZAROTO, S. M. N. **O financiamento do tratamento oncológico na rede pública de saúde**. 2016. 59 f. Monografia (Graduação em Ciências Econômicas)– Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

NETTO, J. P. Desigualdade, Pobreza e Serviço Social. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 135-170, 2007.

_____. Introdução ao Método na Teoria Social. In: SERVIÇO Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília (DF): CFESS; ABEPSS, 2009.

PASTORINI, A. **A categoria “questão social” em debate**. São Paulo: Cortez, 2004.

POLANYI, Karl. **A grande transformação: as origens da nossa época**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

ROSANVALLON, P. **A nova questão social: repensando o Estado Providência**. Brasília (DF): Instituto Teotônio Vilela, 1998.

SCHREIDER, E.; MONTEIRO, M. V. de C. Serviço Social e a atenção à saúde de crianças e adolescentes em tratamento oncológico. In: SOARES, M. C. M.; COSTA, N. F. da (Org.). **O Serviço social na teoria e na prática: os desafios contemporâneos**. Rio de Janeiro: SUAM, 2013. p. 75-87.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SILVA, J. C. da. **Judicialização da saúde e tratamento oncológico: uma experiência a partir da Residência Multiprofissional em Oncologia no INCA**. 2016, 23 f. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência Multiprofissional em Oncologia) – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, 2016.

SILVA, L. B. Condições de vida e adoecimento por câncer. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 10, n.2, p. 172-187, jul./dez. 2010.

SIQUEIRA, L. Desenvolvimento e Pobreza: uma análise crítica. **Temporalis**, Brasília (DF): Abepss, ano 12, n. 24, p. 353-384, jul./dez. 2012a.

SILVA, L. B. **Pobreza e Serviço Social: diferentes concepções e compromissos políticos**. São Paulo: Cortez, 2012b.