

ONCOLOGIA E TRABALHO EM SAÚDE:

entrelaçamentos
e diálogos

Erika Schreider
Letícia Batista Silva
(ORGS.)



mórula
EDITORIAL

ONCOLOGIA E TRABALHO EM SAÚDE: entrelaçamentos e diálogos

Erika Schreider
Letícia Batista Silva
(ORGS.)



Todos os direitos desta edição reservados
à MV Serviços e Editora Ltda.

CONSELHO EDITORIAL

Ana Lole, Eduardo Granja Coutinho, José Paulo Netto,
Lia Rocha, Mauro Iasi, Márcia Leite e Virgínia Fontes

REVISÃO

Raphahel Capaz

DESIGN

Patrícia Oliveira

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ
Elaborado por Meri Gleice Rodrigues — CRB 7/6439

067

Oncologia e trabalho em saúde [recurso eletrônico]:
entrelaçamentos e diálogos / organização Erika Schreider,
Letícia Batista Silva. – 1. ed. – Rio de Janeiro: Mórula, 2023.
recurso digital ; 1.8 MB

Formato: epdf

Requisitos do sistema: adobe acrobat reader

Modo de acesso: world wide web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-81315-50-4 (recurso eletrônico)

1. Serviço social. 2. Câncer – Pacientes – Serviços
para – Brasil. 3. Câncer – Pacientes – Cuidados médicos. 4.
Livros eletrônicos. I. Schreider, Erika. II. Silva, Letícia Batista.

23-82507

CDD: 362.19699400981

CDU: 364:616-006(81)



Rua Teotônio Regadas 26 sala 904
20021_360 _ Lapa _ Rio de Janeiro _ RJ
www.morula.com.br _ contato@morula.com.br

 /morulaeditorial  /morula_editorial

SUMÁRIO

- 6** **PREFÁCIO**
- 11** **APRESENTAÇÃO**
- 15** **Atenção Oncológica em Rede: uma estratégia de integralidade**
LETÍCIA BATISTA SILVA • REGIMARINA REIS • SIMONE FERREIRA
- 39** **Trabalho interprofissional em oncologia: um desafio para a integralidade do cuidado**
ANA RAQUEL DE MELLO CHAVES
- 62** **Serviço Social e oncologia: considerações sobre o prontuário Único**
RENATA CRISTINA MENDES LIMA
- 77** **Oncologia e direitos sociais na contemporaneidade: desafios para a atuação de assistentes sociais**
LAURA FREITAS OLIVEIRA
- 98** **Retrocessos, (des)proteção social e adoecimento por câncer: notas sobre a realidade brasileira**
TATIANE VALÉRIA CARDOSO DOS SANTOS • THIAGO DE OLIVEIRA MACHADO
- 116** **A ininterrupta e contraditória relação entre trabalho e assistência social no contexto do tratamento do câncer infantojuvenil**
SENIR SANTOS DA HORA

133 Crianças e adolescentes em tratamento oncológico:
uma análise do cuidado à luz do *care*
SIMONE MONTEIRO DIAS

151 Mediação de saberes na sobrevivência ao câncer:
a experiência de pessoas laringectomizadas totais
na ótica dos profissionais no ambiente hospitalar
do Instituto Nacional de Câncer
FABIANA FELIX RIBEIRO • REGINA MARIA MARTELETO

173 O acesso incompleto aos serviços de saúde
e sua ênfase no câncer de colo de útero
DOLORES LIMA DA COSTA VIDAL • VIVIANE LOPES

190 Tecnologia e Saúde: facetas contraditórias
na sociedade capitalista
ERIKA SCHREIDER

210 Saúde do/a trabalhador/a no capitalismo:
breves notas históricas e críticas para pensar
a realidade da saúde de quem cuida da saúde
VALÉRIA ROSA BICUDO

242 **SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES**

PREFÁCIO

O livro “Oncologia e Trabalho em Saúde: entrelaçamentos e diálogos” é uma importante contribuição do Serviço Social para análise da área da Oncologia. Como sabido, o câncer é considerado uma questão de saúde pública, constituindo a segunda causa de morte no Brasil e o processo de adoecimento é influenciado por um conjunto de determinantes sociais, como a urbanização, a industrialização, a exposição a agentes cancerígenos e a própria condição socioeconômica da população (INCA, 2020)¹.

É na esteira do reconhecimento do impacto do adoecimento por câncer para a saúde pública e para a população que, em 2005, é instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica². Nesta é indicado como eixos centrais das ações e serviços a promoção e prevenção em saúde, o diagnóstico, tratamento e reabilitação e os cuidados paliativos. Importante ressaltar que a Portaria de 2005 foi revogada e, em 2013, foi publicada a Portaria nº 874, que instituiu 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)”³, ampliando o seu escopo e concepção. O câncer é uma doença

1. INCA. Estimativa 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/introducao#:~:text=Para%20o%20Brasil%2C%20a%20estimativa,c%20-%20de%20pele%20n%20%C3%A3o%20melanoma>. Acesso em 25 set 2022.
2. Brasil. Política Nacional de Atenção Oncológica. Portaria n 2.439/ GM de 8 de dezembro de 2005.
3. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em 25 set 2022.

crônica que exige tratamento especializado, de alto custo (quimioterapia e radioterapia, por exemplo), que provocam efeitos colaterais e uma fragilidade física, associada a alterações que envolvem os aspectos sociais e psicológicos, e mudanças na relação dos usuários (pacientes e familiares) com o seu cotidiano; demonstrando a relevância do investimento público e da defesa dos princípios e diretrizes do SUS na organização de sua Política.

De uma forma geral, a Política de atenção ao câncer vem sendo, desde a sua implantação, articulada e desenvolvida pelo Ministério de Saúde, contribuindo com o desenvolvimento de estratégias para identificação dos determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas e buscando a ampliação da cobertura do atendimento e o acesso à assistência oncológica, especialmente porque esta envolve alto nível de complexidade e tecnologia.

No entanto, a área também sofreu e sofre os impactos do processo de mercantilização da saúde, especialmente através do desfinanciamento e mercadorização e, no governo Bolsonaro, sofre impactos das estratégias de ataques ao SUS. Podemos verificar este fato no desvio da verba para o tratamento da doença que passará de R\$ 175 milhões para R\$ 97 milhões em 2023, sendo esta deslocada para acordos políticos do chamado orçamento secreto do governo federal (ESTADÃO, 2022)⁴. Vimos também o veto do presidente ao **Projeto de Lei nº 6330/19** do Senado, que obrigava os planos de saúde a cobrirem os gastos com

4. Estadão. Governo Bolsonaro corta verba contra o câncer para bancar orçamento secreto em 2023. Estadão, 2022. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/politica/governo-bolsonaro-corta-verba-contr-o-cancer-para-bancar-orcamento-secreto-em-2023/>. Acesso em 25 set 2022.

medicamentos de uso domiciliar e oral contra o câncer⁵, em claro benefício às empresas de planos de saúde.

Neste sentido, a análise crítica da Política de atenção oncológica é fundamental para entendermos os impactos no desenvolvimento do trabalho, do acesso da população aos serviços, e dos níveis de adoecimento, especialmente por se tratar de uma doença que pode ser em grande parcela evitada através da detecção precoce e da prevenção e promoção à saúde.

Importante salientar que o Serviço Social compõe a equipe multiprofissional estabelecida por lei para desenvolvimento das atividades assistenciais em oncologia⁶, se tornando profissão fundamental na análise das diversas expressões da questão social que interferem na vida dos usuários, a partir do entendimento da saúde como direito, buscando compreender a dimensão do câncer na vida dos sujeitos, e identificando determinantes sociais que possam interferir no processo de prevenção, cura, tratamento e reabilitação.

A articulação e desenvolvimento do trabalho interprofissional se coloca como uma exigência, uma vez que o câncer envolve múltiplas questões (biológicas, sociais, econômicas) que colocam em evidência aspectos como: saúde e doença, vida e morte, cuidado e abandono. O câncer tem características marcantes, tais como: a dor, sofrimento,

-
5. Agência Câmara Notícias. Bolsonaro veta projeto que obrigava planos de saúde a cobrir tratamento domiciliar contra o câncer. 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/787795-BOLSONARO-VETA-PROJETO-QUE-OBRIGAVA-PLANOS-DE-SAUDE-A-COBRIR-TRATAMENTO-DOMICILIAR-CONTRA-O-CANCER>. Acesso em 25 set 2022.
 6. Em 2014, foi lançada nova Portaria que reviu as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos dos serviços em oncologia. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html. Acesso em 25 set 2022.

preconceito, as mutilações e a possibilidade de aproximação da morte, o que traz como consequência um processo de mudanças no dia a dia de usuários/usuárias e familiares e redes de apoio, e requer ações da equipe de saúde de forma integrada, dialogada, compartilhada e que tenha como foco a população atendida.

Como expresso neste livro, são indiscutíveis os impactos do câncer na vida da população e na saúde pública brasileira e, desta forma, torna-se premente o investimento na ampliação do quadro de profissionais assistentes sociais nos serviços de atenção oncológica e na qualificação profissional para atuação na área⁷.

Guerra et al. (2005) ressaltam que no Brasil há um aumento nos tipos de câncer que se relacionam à realidade socioeconômica da população, dentre eles, o câncer de mama, próstata e cólon e reto; assim como há uma presença de taxas de incidência elevadas de tumores associados à pobreza, como o colo de útero, pênis, estômago e cavidade oral⁸. Neste sentido, as alterações que ocorrem na vida dos usuários que recorrem aos serviços de atenção oncológica expressam-se por suas demandas que estão vinculadas diretamente com suas condições de vida e trabalho e, por isso, a atuação do assistente social deve estar comprometida com uma análise crítica da realidade socioeconômica e sanitária da população, contribuindo na articulação com outros profissionais, no desenvolvimento de uma atenção integral.

-
7. Contribuição relevante nesta perspectiva pode ser vista em: INCA. Diálogos em Saúde Pública e Serviço Social: a Residência Multiprofissional em Oncologia. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/dialogos_em_saude_publica_2018_completo_ok_0.pdf. Acesso em 25 set 2022.
 8. GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. M.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de Câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1950/1184>. Acesso em 25 set 2022.

Assim, esta publicação é uma contribuição relevante na defesa da política pública de saúde e de um Serviço Social comprometido com o Projeto Ético-Político profissional, apresentando análises reflexivas críticas sobre a política de atenção oncológica, tanto do ponto de vista das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, quanto de sua relevância para a população brasileira; reforçando a importância da profissão para a qualidade dos serviços ofertados à população, para a defesa da integralidade em saúde e dos demais princípios e diretrizes do SUS.

MARINA MONTEIRO DE CASTRO E CASTRO

Assistente social. Professora da Faculdade de Serviço Social
Universidade Federal de Juiz de Fora

APRESENTAÇÃO

O livro ora apresentado é fruto de um trabalho coletivo que articula indagações e investigações na área da saúde, especialmente no âmbito da oncologia. Este trabalho é composto por um núcleo variado de campos profissionais e de trabalhadoras atuando na assistência, ensino e pesquisa em universidades e/ou instituições públicas de saúde. O objetivo do livro é contribuir com o debate acerca das diversas e complexas determinações sociais e o campo da oncologia — em tempos tão adversos e de ataques aos direitos sociais.

Pensar a saúde numa perspectiva ampliada requer compreender as mediações de aspectos concretos, particulares e em relação com a totalidade. Portanto, buscamos que questões diversas e complexas da realidade objetiva tenham sido tratadas nesta coletânea articulando com o modo de produção capitalista. Assim, esta obra traz alguns ensaios produzidos que abordam a temática com propriedade teórica e a partir de reflexões do cotidiano profissional, a fim de lançar luzes às variadas e controversas questões que atravessam o campo da saúde, num compromisso intransigente pela saúde pública equânime e universal, coadunando com os Projetos de Reforma Sanitária e Ético-Político do Serviço Social.

O modo de vida estimulado e promovido pela sociedade burguesa na contemporaneidade produz efeitos danosos para a saúde ocasionando doenças diversas, dentre elas as doenças crônicas-degenerativas que são reconhecidamente um problema de saúde pública. O câncer está entre as 4 principais causas de morte prematuras na maioria dos países (INCA, 2020). Desse modo, as reflexões sobre essa temática são essenciais para pensarmos a intervenção profissional na saúde, pois as determinações sociais que atravessam o adoecimento

e o tratamento oncológico apresentam complexidade ímpar, visto que provocam inúmeras mudanças no universo de vida e trabalho do usuário e sua família.

Nesta obra são apresentados 10 ensaios que buscam estimular indagações, trazendo um olhar crítico para pensar a oncologia e o Serviço Social, tratando das variadas determinações que perpassam o adoecimento e o tratamento oncológico, sem esgotar a discussão, mas apresentando algumas temáticas relevantes no campo da oncologia. O conjunto da obra congrega discussões bastante diversificadas em torno da oncologia, porém todas trazem um aspecto em comum: abordam as determinações sociais e os atravessamentos no campo oncológico.

O primeiro texto, intitulado *Atenção Oncológica em Rede: uma estratégia de integralidade*, aborda a questão do câncer a partir da diretriz da integralidade, trazendo reflexões acerca da Rede de Atenção Oncológica (RAS) como importante estratégia conceitual e operacional para integrar as ações e serviços do SUS, referentes às linhas de cuidado desde a Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação, até os Cuidados Paliativos. A integralidade também é abordada na perspectiva do cuidado no ensaio *Trabalho interprofissional em oncologia: um desafio para a integralidade do cuidado*, que traz a importância do trabalho interprofissional para o cotidiano da assistência, numa perspectiva do cuidado integral em oncologia. Este texto é seguido da análise sobre a importância dos registros em saúde pela equipe multiprofissional, bem como da problematização da utilização do prontuário único pelas assistentes sociais, realizadas no ensaio *Serviço Social e oncologia: considerações sobre o Prontuário Único*.

O quarto texto intitulado *Oncologia e direitos sociais na contemporaneidade: desafios para a atuação de assistentes sociais* traz uma importante retrospectiva acerca das políticas sociais nos últimos governos, dos anos 2000, em tempos neoliberais e, mais recentemente, ultraneoliberais. A partir desta reflexão aponta alguns desafios para o campo oncológico,

em especial, no contexto da pandemia da COVID-19, bem como para o trabalho dos assistentes sociais na oncologia. O quinto ensaio que traz o título *Retrocessos, (des) proteção social e adoecimento por câncer: notas sobre a realidade brasileira* traz uma problematização dos limites e da precarização das políticas sociais no campo da oncologia, tratando o contexto neoliberal e suas implicações no tratamento oncológico. O sexto texto *A ininterrupta e contraditória relação entre trabalho e assistência social no contexto do tratamento do câncer infantojuvenil*, apresenta a controversa relação entre o trabalho, a política de assistência social e suas repercussões no tratamento oncológico infantojuvenil, em especial, quando trata-se de famílias em que a centralidade do cuidado e do sustento estão atrelados ao universo feminino. Essa discussão dá sequência para o sétimo ensaio que tem como título *Crianças e adolescentes em tratamento oncológico: uma análise do cuidado a luz do “care”* e traz reflexões que problematizam o *care* no modo de produção capitalista, mais especificamente sobre o cuidado e os atravessamentos junto aos familiares de crianças e adolescente em tratamento oncológico, com relevância para a questão de gênero e a naturalização e invisibilidade do cuidado feminino na sociedade patriarcal capitalista.

O próximo texto *Mediação de saberes na sobrevivência ao câncer: a experiência de pessoas laringectomizadas totais na ótica dos profissionais no ambiente hospitalar do Instituto Nacional do Câncer/INCA* apresenta uma pesquisa de campo realizada com pacientes com laringectomia total e profissionais de saúde, tecendo reflexões acerca do duplo estigma que esses pacientes sofrem, das experiências e medições de saberes na relação entre pacientes, profissionais de saúde e outros atores sociais. Já o nono capítulo *O acesso incompleto aos serviços de saúde e sua ênfase no câncer de colo de útero* realiza uma reflexão acerca das dificuldades de acesso aos serviços de saúde de média complexidade, contribuem para a falta de conclusão do diagnóstico do câncer de colo de útero.

Para tratar acerca da temática tecnologia em saúde, o penúltimo ensaio intitulado *Tecnologia e Saúde: facetas contraditórias na sociedade capitalista* traz uma análise crítica acerca da tecnologia e o modo de produção capitalista, em especial, no campo oncológico, tratando as contradições e os limites das inovações tecnológicas na sociedade contemporânea. Encerramos a presente obra abordando o impacto do mundo do trabalho para o profissional da saúde. Desse modo, o décimo e último capítulo, intitulado *Saúde do/a trabalhador/a no capitalismo: breves notas históricas e críticas para pensar a realidade da saúde de quem cuida da saúde* apresenta o debate acerca da saúde do trabalhador e o modo de produção capitalista, com enfoque para a atual reestruturação produtiva, aliada ao projeto neoliberal e, mais recentemente, ultraneoliberal.

A partir da compreensão de que a realidade é sempre mais dinâmica do que o movimento do pensamento, desejamos que esta obra possa oferecer estímulo para indagações e futuras pesquisas, bem como possa fortalecer intervenções críticas e inovadoras numa perspectiva de defesa do SUS universal, gratuito e equânime.



ATENÇÃO ONCOLÓGICA EM REDE

uma estratégia
de integralidade

Letícia Batista Silva
Regimarina Reis
Simone Ferreira

O termo câncer refere-se a um grupo de mais 100 doenças que têm em comum a particularidade do crescimento desordenado de células com grande capacidade de disseminação nos tecidos e órgãos do ser humano (INCA, 2020). No Brasil e no mundo o câncer vem sendo enfrentado como um dos mais significativos problemas de saúde pública em função de sua abrangência epidemiológica, social e econômica. Na maioria dos países o câncer figura entre as 4 principais causas de morte prematura, ou seja, morte anterior aos 70 anos de idade. Observa-se um o aumento da incidência e da mortalidade por câncer no mundo, havendo uma vinculação direta com o envelhecimento, mas também há correlação com os fatores de risco e aspectos socioeconômicos (BRAY et al., 2018; INCA, 2019).

Como apontam Bray et al. (2018), a última estimativa mundial data do ano 2018 e assevera que ocorreram no mundo 18 milhões de casos novos de câncer¹ e 9,6 milhões de óbitos². Em termos gerais, o câncer de pulmão é o mais incidente no mundo (2,1 milhões), seguido pelo câncer de mama (2,1 milhões), cólon e reto (1,8 milhão) e próstata (1,3 milhão). Em perspectiva mundial, a incidência em homens representa 53% dos casos novos e 47% em mulheres.

No Brasil, conforme relatório para o triênio 2020-2022 (INCA, 2019), estima-se que ocorrerão, em cada ano, 625 mil casos novos de câncer, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma. Para este último a estimativa é de 450 mil casos novos. Neste período, a estimativa aponta que em homens os tipos de câncer mais frequentes³ serão próstata (29,2%), cólon e reto (9,1%), pulmão (7,9%), estômago (5,9%) e cavidade

-
1. Sem contar os casos de câncer de pele não melanoma são 17 milhões (BRAY et al., 2018).
 2. 9,5 milhões excluindo os cânceres de pele não melanoma (Idem).
 3. À exceção do câncer de pele não melanoma, o câncer de pele não melanoma representará 27,1% de todos os casos de câncer em homens.

oral (5,0%). Nas mulheres os cânceres mais frequentes⁴ serão mama (29,7%), cólon e reto (9,2%), colo do útero (7,4%), pulmão (5,6%) e tireoide (5,4%).

Como visto, o enfretamento do câncer — doença crônica não transmissível — é um problema de saúde pública, um desafio social e de gestão em saúde. Neste texto a ideia é que o tema seja apresentado tomando a integralidade como pressuposto da discussão do câncer como um problema de saúde pública. Desse modo, o objetivo é discutir alguns aspectos da atenção oncológica no Brasil tendo como norte a integralidade em saúde. Para tanto, o texto está dividido em 3 eixos de discussão: a transição epidemiológica e a demográfica, as políticas de atenção oncológica e a questão da atuação em rede.

NOTAS SOBRE AS TRANSIÇÕES EPIDEMIOLÓGICA E DEMOGRÁFICA

Para essa discussão partimos do pressuposto de que o debate do câncer como um problema de saúde pública nos solicita análises que conectam a saúde no seu sentido ampliado, social e histórico.

Autores como Mendes (2011), Vasconcelos e Gomes (2012) e Pereira et al. (2015) assinalam que mudanças do perfil epidemiológico e demográfico brasileiro se realizam no sentido da redução das taxas de mortalidade e natalidade e no aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população. Ademais, a intensificação dos processos de industrialização e urbanização nas últimas décadas traduziram-se em alterações no padrão de consumo da população brasileira.

4. À exceção do câncer de pele não melanoma, o câncer de pele não melanoma representará 29,5% de todos os casos de câncer em mulheres.

Neste contexto, identifica-se o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, coexistindo com doenças infecciosas e transmissíveis por agentes externos, tais como a tuberculose, as hepatites B e C, o sarampo e mais recentemente a COVID-19. Dessa forma, no Brasil dos anos 2022 coexistem antigos e novos problemas de saúde que se apresentam como desafios à organização e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

A transição epidemiológica refere-se às modificações, identificadas ao longo prazo, nos padrões de morbidade, invalidez e mortalidade a partir da observação de uma população específica (OMRAM, 2001). No caso brasileiro, a transição epidemiológica não tem seguido os parâmetros vivenciados pelos países de capitalismo central. A transição epidemiológica “clássica” por assim dizer, é um processo que envolve 3 mudanças básicas. São elas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante (SCHRAMM et al., 2004, p.898).

No Brasil encontramos uma superposição de situações, com o predomínio das doenças transmissíveis e também de crônico-degenerativas configurando uma cena em que a morbimortalidade persiste elevada para ambos os padrões, caracterizando uma transição prolongada (FRENK et al., 1991).

Outro ponto a ser destacado é o envelhecimento da população brasileira. Em termos mundiais, a Organização das Nações Unidas — ONU (2014), aponta que até o ano de 2050 a população com mais de 60 anos deverá ultrapassar 2 bilhões de pessoas. As estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE (2021) para o ano de 2050 apontam que 21,87% da população brasileira será composta por idosos de 65 anos ou mais⁵.

5. Atualmente as pessoas com mais de 65 anos no Brasil representam 10,15% da população.

A partir da década de 1970 acontece o início da transformação do perfil demográfico brasileiro, saímos de uma sociedade predominantemente rural, com famílias numerosas e com alto risco de morte na infância, para um perfil urbano e com menor quantidade de filhos, produzindo novas características para a chamada família brasileira (LEONE, MAIA e BALTAR, 2010). Nessa esteira, não só saímos de um perfil rural para um perfil urbano, mas também de uma população majoritariamente jovem para um contingente cada vez mais significativo de pessoas com 60 anos de idade ou mais (VASCONCELOS e GOMES, 2012). A transição demográfica trata desse processo que se inicia com a redução das taxas de mortalidade e posteriormente é associado com a queda das taxas de natalidade, alterando a estrutura etária da população e, por conseguinte, alterando e complexificando as necessidades de saúde da população.

Como visto, há relação entre a transição epidemiológica e a transição demográfica, ambas tratam de mudanças de padrões observados ao longo do tempo e se relacionam também com aspectos sociais e econômicos de determinada sociedade.

Entretanto, reiteramos que no Brasil a transição epidemiológica não seguiu o modelo dos países de capitalismo central, onde há a predominância das doenças crônico-degenerativas. Como apontado por Mendes (2011, p.18), o contexto brasileiro é marcado por uma situação de tripla carga de doenças: 1) uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais; 2) uma carga importante de causas externas, incluindo a violência; e 3) uma presença hegemônica forte de condições crônicas.

Na esteira das elaborações de Mendes e destacando o campo da oncologia, a complexidade das necessidades de saúde da população brasileira não pode ser enfrentada a partir de um sistema de atenção à saúde fragmentado, reativo, episódico e voltado prioritariamente para o enfrentamento do que o autor chama de condições agudas e das agudizações das condições crônicas.

A DIRETRIZ DA INTEGRALIDADE NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA

O conceito de integralidade é polissêmico, e ao longo dos anos muitos sentidos (PINHEIRO e MATTOS, 2006) foram dados a esta diretriz. A integralidade tem sido buscada tanto na sua definição conceitual como na prática dos serviços de saúde. Na Constituição Federal de 88, ela é elevada ao patamar de diretriz que orienta a construção do SUS, seguindo a trajetória de reforma do Sistema, de forma a superar dicotomias entre o coletivo e o individual. Do ponto de vista jurídico-institucional, esta diretriz pode ser entendida como um conjunto de ações e serviços de saúde, direcionado aos indivíduos e à coletividade, que deve atuar de forma articulada e contínua entre os níveis de complexidade (BRASIL, 1990).

Tal definição legal tem orientado politicamente a organização e gestão do SUS nas esferas federal, estadual e municipal. Ao mesmo tempo, vários estudos têm buscado precisar melhor seus atributos. Gionavella et al. (2002), no intuito de definirem as características operacionais desta diretriz, elencam 4 dimensões que devem ser buscadas pelos sistemas e serviços de saúde: (i) *dimensão política de definição de prioridades*, com a primazia das ações de promoção e prevenção da saúde; (ii) *dimensão organizativa do sistema de saúde*, relacionada à oferta de serviços e continuidade da assistência; (iii) *dimensão da gestão dos sistema de saúde*, com a articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação e a integração organizacional e programática entre a assistência individual e coletiva e (iv) *dimensão do cuidado*, através de intervenções nas esferas biológica, psíquica e social dos indivíduos e das famílias.

Nas acepções da integralidade, a equidade e a universalidade do acesso constituem condições *sine qua non* para sua efetividade. Observam-se também aspectos referentes ao acesso e articulação entre os diferentes níveis de atenção — atributos associados à gestão

do sistema de saúde; bem como à relação de acolhimento e vínculo, no âmbito das unidades de saúde.

Brito-Silva et al. (2012) consideraram que a integralidade representa o reconhecimento da complexidade das necessidades de saúde, demonstrando que o direito a saúde deve estabelecer garantias de acesso ao conjunto de serviços necessários aos cuidados de saúde requeridos a cada caso. Depreende-se daí que o direito só se realiza em rede, na relação interdependente entre níveis de atenção, complexidades, especialidades e tecnologias. Ou seja, levar a cabo o princípio da integralidade significa inexoravelmente organizar a prestação de cuidados em rede (SANTOS e ANDRADE, 2011).

OS CAMINHOS DA INTEGRALIDADE NA POLÍTICA DE ATENÇÃO AO CÂNCER

A política pública é uma forma de o governo responder a certos problemas da sociedade. O reconhecimento desses problemas pode ser dado por 3 fatores: o primeiro, a evidência de um indicador, que chame a atenção pela sua magnitude; o segundo, a ocorrência de uma crise ou evento dramático, que não se caracterize por ser esporádico; e, por fim, o conhecimento produzido a partir de experiências anteriores, a partir da avaliação de programas ou mesmo informações sem caráter sistemático, como a incidência de reclamações (KINGDON, 2006).

No Brasil o câncer é reconhecido como um problema de saúde pública e objeto de ação pública desde a década de 30, quando Getúlio Vargas cria, através do decreto 378, o Centro de Cancerologia que, posteriormente, viria a se tornar o Instituto Nacional de Câncer (Inca). O objetivo à época era controlar o câncer no Rio de Janeiro, então Distrito Federal. Somente em 1941, com a criação do Serviço Nacional de Câncer, têm-se políticas relacionadas ao controle do câncer no território nacional (BRASIL, 2006).

As primeiras iniciativas desenvolvidas para o controle do câncer eram orientadas principalmente para o diagnóstico e o tratamento da doença, mas já havia neste momento a noção da necessidade de uma política pública direcionada à prevenção (TEIXEIRA, 2010).

Na segunda metade dos anos 1970, foi criado um Programa de Controle do Câncer — PCC, vinculado à Previdência Social. Através do Programa houve a universalização dos procedimentos para controle do câncer e a criação de comissões de oncologia voltadas às ações integradas para o controle do câncer. Com a criação da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDCD), da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde (MS), este conjunto de ações foi ampliado. A partir de então, se inicia a reorganização do setor e estabelecem-se novos critérios para o desenvolvimento de uma política nacional de combate ao câncer. O marco desta política em construção estava no reconhecimento de que seria necessário romper com a dicotomia entre ações de cunho coletivo, voltadas à prevenção e diagnóstico precoce, e as ações de cunho individual, de diagnóstico e tratamento, para se lograr alterar o perfil de mortalidade por câncer no Brasil (INCA, 2002).

O paciente oncológico necessita, para seu tratamento, de um conjunto especializado de cuidados e diferentes modalidades de tratamento, particularmente no que tange às média e alta complexidade, o que coloca exigências tanto do ponto de vista da política como da organização da rede de serviços. A atenção ao câncer deve perpassar todos os níveis de atenção e modalidades de atendimento, requerendo o estabelecimento e a articulação de uma rede de serviços de saúde que abranja desde o diagnóstico, tratamento, reabilitação, até os cuidados paliativos (INCA, 2020). Remete-se, portanto, à integralidade, especialmente naquilo que se refere ao acesso e continuidade do cuidado.

Desde a criação do SUS, e mesmo antes, uma série de documentos normativos foi publicada, visando instruir a política. Sob os princípios

doutrinários do SUS um novo conjunto de normas foi editado a fim de estruturar e organizar a atenção ao paciente oncológico, visando a melhoria da qualidade de vida, através de promoção, proteção e recuperação da saúde (PARADA et al., 2008). Entre os anos de 1988 e 2021, consideradas somente as normas emitidas pelo gabinete do MS, foram publicadas 193 portarias sobre o tema câncer ou oncologia. Há, sem dúvidas, um volume expressivo de normas visando regular a atenção ao câncer. Esse volume pode ser entendido como a ação pública voltada ao aprimoramento da política, mas é preciso também considerar que a sucessiva edição de portarias pode tornar complexa a sua apreensão e execução. Ademais, a normatização não é suficiente para garantir a transformação das práticas.

Da Silva et al. (2019), ao analisarem a política de atenção ao câncer no Brasil, classificam o conteúdo das normas legais considerando o período de sua publicação e quanto à sua finalidade. Neste segundo quesito são classificadas como: regras estruturantes; habilitação/credenciamento; financiamento; protocolos/tecnologia. Assumindo por ora esta classificação, destacamos algumas normas estruturantes, que trouxeram mudanças significativas para atenção ao câncer.

A Portaria nº 3.535/1998 avança ao estabelecer critérios de base populacional para estimar necessidade de serviços de radioterapia e de oncologia clínica e a necessidade dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), base para um planejamento da oferta de serviços. Em seu texto, garante o atendimento integral aos pacientes com câncer, através de uma rede hierarquizada de Cacons e também atualiza os critérios para o seu cadastramento.

A Portaria nº 741/2005 redefiniu as unidades voltadas ao cuidado oncológico: as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. Ao estabelecer o papel das unidades (e suas funções),

esta Portaria avança no sentido da organização de uma rede de atenção em oncologia, posteriormente estruturada sob a ótica das redes prioritárias do SUS (BRASIL, 2005A).

Em 2005 foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), através da Portaria nº 2.439/2005, pela primeira vez com uma abordagem integral da atenção ao câncer, concebendo linhas de cuidado que abarcam desde a Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação, até os Cuidados Paliativos. Para tanto, propunha a organização da rede de atenção numa ação articulada entre o MS e as Secretarias de Saúde dos Estados e dos municípios. Em seu texto, indica a necessidade de ampliação da cobertura e acesso à assistência oncológica, conforme os princípios do SUS, garantindo a universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2005B).

A Portaria nº 874/2013 institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Esta Portaria mantém e amplia as proposições iniciais da política, enfatizando as perspectivas da organização da rede de atenção e da organização a partir da linha de cuidado, com a garantia da integralidade. Além disso, reforça o aspecto da vigilância, com o Registro Hospitalar do Câncer — RHC (BRASIL, 2013A).

No tocante à rede de serviços, a Portaria nº 874/2013 inclui, como parte da atenção hospitalar ao câncer, os Hospitais Gerais com cirurgia oncológica, além dos hospitais habilitados como Unacon e Cacon. Estes hospitais passam a integrar a rede por meio do sistema de regulação, que propiciará o acesso continuado à terapêutica requerida a cada caso. Posteriormente, a inserção destas unidades foi redefinida através da Portaria nº 140/14, quando passam a conformar um complexo hospitalar, e isto ocorre mediante a formalização do vínculo do Hospital Geral com um estabelecimento de saúde habilitado como Cacon ou Unacon — uma proposta que visava ampliar a cobertura assistencial.

Em 2012 houve a edição da Lei nº 12.732/2012, regulamentada através da Portaria nº 1.220/2014. Em consonância com as diretrizes políticas do SUS e com a política de atenção ao câncer, esta Portaria dispõe sobre o primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna e estabelece prazo máximo de 60 dias para o início do tratamento, a partir do seu diagnóstico. Esta medida busca diminuir o retardo do início do tratamento, impactando deste modo na sobrevivência dos pacientes e no risco de óbito. O acesso ao tratamento não é medida distinta do diagnóstico. O diagnóstico precoce e o atendimento oportuno, equitativo e integral, são essenciais, impactando nos indicadores de morbimortalidade por câncer. Deste modo, o prazo para o diagnóstico também foi incluído como objeto de lei, através da Lei nº 13.896/2019.

Dados dos RHC, contudo, indicam que no ano de 2019, 16.535 pessoas foram diagnosticadas com câncer. Destas 343 foram a óbito sem tratamento e 311 chegaram ao serviço de oncologia fora de possibilidades terapêuticas. Apenas 10,6% tiveram o tempo entre a consulta e o diagnóstico inferior a 30 dias e 67,4% inferior a 60 dias entre o diagnóstico e o tratamento.

As proposições da política de atenção oncológica constantes nas portarias expressam o ideário político e organizativo do SUS. Apesar dos avanços normativos, questões de diversas naturezas concorrem para o controle do câncer no país. Os problemas que atravessam a atenção ao paciente oncológico também são sentidos por acometidos por outras patologias, ainda que menos agravadas pela sua magnitude.

ATENÇÃO EM REDE: POR QUE E COMO?

Integralidade passa tanto pelo reconhecimento do conjunto de necessidades dos sujeitos, quanto pela possibilidade de que esses sujeitos transitem por diferentes níveis de atenção à saúde, de acordo com

tais necessidades. Então demanda-se ações micro, no âmbito de cada serviço, mas também macro, com a articulação dos serviços de saúde e outros, em rede (CECÍLIO, 2001).

O processo de produção da saúde no âmbito dos sistemas de atenção à saúde expressa a organização política, econômica e cultural das sociedades em determinado tempo e espaço. Para Mendes (2019) a estabilidade desses sistemas é vetorizada pela coerência entre valores societários e as estruturas materiais e simbólicas que os sustentam.

Há consenso sobre a existência de uma crise global dos sistemas de saúde, e o modo como ela se expressa, mas há caminhos distintos para explicar sua constituição e propor formas de superação. A racionalidade econômica, pautada na definição de pacotes de serviços, tetos de gastos, supervalorização dos protocolos clínicos, entre outras reformas da oferta e da demanda, se alinha aos interesses da indústria biomédica. Por sua vez, a versão sistêmica explica a crise a partir das distorções centradas nas configurações internas do sistema, mais precisamente nas estruturas e práticas de saúde relacionadas à abertura de serviços, incorporação de equipamentos e tecnologias, formação da força de trabalho, modalidades de pagamento e outros incentivos (MENDES, 2001; MENDES, 2019).

Uma terceira perspectiva é a estruturalista, que aponta para o paradigma de atenção à saúde vigente. Para essa linha, o enfrentamento da crise depende da transformação das práticas hegemônicas e do conjunto de elementos ideológicos que a sustentam: individualismo, mecanicismo, biologicismo e especialismo. Trata-se de instituir uma concepção de saúde com carga histórica e social. Somente a partir daí emergiriam novas práticas sanitárias, uma vez que não se trata de uma crise conjuntural, e sim estrutural (MENDES, 2001).

Segundo Mendes (2019), as mudanças nas relações de produção e, portanto, nos valores e relações societárias, produziram também variados tipos de sistemas de saúde, estes em geral orientados ou por princípios

solidários (igualitarista) ou individualistas (liberalista). É desse processo que derivam sistemas que operam na base da competição ou da cooperação entre os diferentes atores sociais que os compõem.

No Brasil, o SUS foi criado a partir de uma reforma com intervenções amplas e profundas resultando em um sistema pautado na descentralização, hierarquização e regionalização de serviços de saúde. Esse processo foi viabilizado pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, e o sistema constituído por uma tríade de princípios ético-políticos de cunho solidário: universalidade, equidade e integralidade. Para que estes ganhem concretude pressupõe-se a integração sistêmica, a fim de organizar ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas, coordenar os diversos os pontos de atenção e promover acessibilidade geográfica e socio-organizacional aos usuários.

Todavia, após o primeiro momento marcado pela inscrição constitucional, a reforma sanitária brasileira assumiu um caráter reformista, lento, sem orientação explícita (MENDES, 2001; MENDES, 2019) e com a manutenção de uma correlação de forças políticas para a construção de consensos acerca dos interesses que permeiam o setor saúde. Isso tem implicado historicamente na morosidade do alcance das redes coordenadas e articuladas como imagem-objetivo para a garantia da integralidade como princípio basilar do SUS.

Apesar dos avanços do SUS, o cenário no país aponta para o fracasso dos sistemas fragmentados no enfrentamento de condições crônicas, verificado globalmente. A incoerência é que se tem necessidades de saúde do século XXI, com especificidades demográficas e epidemiológicas de um país de capitalismo periférico, mas um sistema pensado para resolver problemas agudos no século XIX. Este tipo de sistema fragmentado se organiza por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicáveis, o que não produz resposta social adequada às características sociais, epidemiológicas e demográficas vigentes. São requeridas mudanças que substituam essa perspectiva

por sistemas integrados de atenção à saúde centrados nas necessidades individuais e coletivas dos usuários (MENDES, 2019).

A alternativa conceitual e operacional para o alcance dessa proposta integradora são as Redes de Atenção à Saúde (RAS), já previstas normativamente, mas com desafios importantes no que tange à sua implementação.

Elementos não faltam para localizar as RAS como alternativa para a superação da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde. Sabe-se que a implementação de RAS reduz a fragmentação da atenção, melhora a eficiência global do sistema, evita a duplicidade de infraestrutura e serviços, responde melhor às necessidades e expectativas das pessoas, reduz hospitalizações desnecessárias, melhora o custo efetividade dos serviços de saúde, reduz a utilização excessiva de serviços de saúde, diminui o tempo de permanência hospitalar, produz economia de escala e escopo, melhora a qualidade da atenção, balanceia a oferta de atenção geral e especializada, facilita o uso dos diferentes níveis de atenção pelas pessoas, aumenta a satisfação dos usuários e o autocuidado (OPAS, 2011).

A primeira descrição completa de uma rede regionalizada foi apresentada pelo Relatório Dawson em 1920. No Brasil, essa lógica passa a ganhar força com o Pacto pela Saúde em 2006, ano em que também o Inca propôs a organização da atenção em redes para as doenças oncológicas, organizando-se linhas de cuidado que integrem a atenção primária, secundária e terciária. Mas é a partir das Portaria GM/MS nº 4.279/2010 e do Decreto nº 7.508/2011 que é fortalecido o movimento nas regiões de saúde para construção e operacionalização das RAS com arcabouço teórico-metodológico definido (NAKATA et al., 2020).

Em que pese que mudanças concretas nos sistemas de atenção à saúde devem passar por seus 3 componentes (modelo de gestão; modelo de atenção; modelo de financiamento), serão destacados a seguir aspectos conceituais e metodológicos das RAS como fundamento, arranjo e

estratégia capazes de alterar a contradição que consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas (MENDES, 2019).

O aspecto conceitual de redes mostra-se permeado por atribuições de sentidos distintos à compreensão de redes, seja na visão macro, como lógica de organização, ou na micro, como estratégia (NAKATA et al., 2020). Aqui será abordada a aceção de RAS do MS brasileiro.

As RAS são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. O funcionamento dessas Redes é caracterizado fundamentalmente por relações horizontais entre os pontos de atenção e o centro de comunicação na Atenção Primária, e pela centralidade nas necessidades de saúde de uma população (BRASIL, 2010, p.1).

Sabe-se da importância crescente das condições crônicas como questão de saúde pública, sendo as doenças oncológicas responsáveis por importante carga de morbidade e mortalidade, conforme já mencionado. Isso posto, dentre as redes temáticas prioritárias pactuadas para o SUS está a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, na qual se insere, *a priori*, a organização de linhas de cuidado para prevenção e controle do câncer (mama e de colo do útero), além de doenças renocardiovasculares, diabetes, obesidade e doenças respiratórias crônicas. Entretanto, a organização das RAS deve se dar considerando-se os serviços disponíveis, a base territorial, o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde (BRASIL, 2013B).

Em 2013 foi instituída por meio da Portaria GM/MS nº 874/2013, a fim de definir ações de promoção da saúde, prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno e, ainda, possibilitar a diminuição da incidência de alguns tipos de câncer, 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 SUS (BRASIL, 2013A).

Com foco na redução da morbimortalidade e Incapacidades causadas pelo câncer, bem como na melhoria da qualidade de vida das pessoas, essa linha de cuidado tem como princípios: o reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível e a necessidade de oferta ao cuidado integral e à ciência e tecnologia. As diretrizes são: a promoção da saúde, a prevenção do câncer, vigilância, monitoramento e avaliação, educação, comunicação em saúde (BRASIL, 2013A).

Os componentes dessa linha de cuidado que compõe uma das redes temáticas prioritárias para o SUS são: Atenção Primária à Saúde, Atenção Domiciliar, Atenção Especializada, composta pela atenção ambulatorial e hospitalar, Sistemas de Apoio, Regulação, Sistemas Logísticos e Governança (BRASIL, 2015).

A operacionalização das RAS acontece por meio dos seus elementos constitutivos: população/região de saúde definidas; estrutura operacional e modelo de atenção.

Segundo o MS (2010), a população e a área geográfica que ficará sob responsabilidade sanitária e econômica das RAS devem ser explicitamente identificadas. Regiões de saúde são “espaços territoriais complexos, organizados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território”. Assim, a população sob responsabilidade de uma rede será aquela que ocupa uma região de saúde definida no processo de planejamento formal do SUS. Deve-se buscar garantir a melhor proporção estrutura/população/território (BRASIL, 2010, p.1).

Como estrutura operacional entende-se os diferentes lugares onde são ofertados serviços de saúde (atenção primária como centro de comunicação; pontos de atenção secundários e terciários), e as ligações materiais e imateriais que os comunicam — sistemas de apoio, sistemas logísticos, governança (BRASIL, 2010).

Por sua vez, o modelo de atenção é a lógica sob a qual o funcionamento das RAS está organizado, articulando de forma singular as

relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos a partir da análise situacional de saúde (BRASIL, 2010; MENDES, 2010).

Muitos são os desafios na operacionalização das RAS. Não é possível tratar a integração sistêmica em rede como uma receita pragmática, que ignora a natureza política da organização do SUS. É o processo de negociação entre os atores implicados que sintetiza os avanços, recuos e os nós na macro e microgestão do sistema de saúde. É nesse bojo que se explica a incipiência da integração sistêmica, em face de um sistema público progressivamente subfinanciado, atravessado pela apropriação dos fundos públicos pelo setor privado, e caracterizado por relações público-privado que contribuem para descaracterizar os princípios basilares do SUS.

Na atenção ao câncer essa lógica pode incrementar vazios assistenciais nos territórios regionais e nos níveis de atenção, cujas lacunas têm sido ocupadas pelo setor privado não complementar ao SUS, aos quais interessam os procedimentos de alto custo e regiões de adensamento populacional. Ainda se observa o privilégio à contratualização de serviços e a transferência de procedimentos de alto custo à rede de prestadores, fomentando o modelo hegemônico médico-centrado privatista (LANDIM et al., 2019).

Para que a integralidade possa ganhar materialidade é necessário estruturar e organizar redes capazes de garantir a continuidade do cuidado. Embora se reconheça os avanços na descentralização da atenção, com o fortalecimento dos sistemas locais, o que predomina ainda é um sistema fragmentado, com falhas na distribuição de recursos e articulação insuficiente entre os serviços, nos municípios e de modo intermunicipal (GABROIS e FERREIRA, 2009).

Em que pese o Brasil apresentar grande variedade de realidades em processos diferenciados de regionalização, isso configura um dos grandes desafios contemporâneos do SUS como um todo: realizar a

organização dos serviços em uma lógica que ultrapasse o município como ente isolado, e garanta a integração sistêmica em âmbito regional.

Passados mais de 30 anos desde a criação do SUS, persistem problemas de subfinanciamento, de desfinanciamento, de baixa integração interfederativa, a lenta incorporação tecnológica, a defasagem entre a aprovação de medicamentos e a sua incorporação na relação nacional de medicamentos do SUS, a baixa resolutividade da atenção básica, acarretando em diagnósticos tardios, a carência de profissionais qualificados, deficiências na regulação assistencial, dentre outros. Não obstante as especificidades que cercam a atenção ao câncer, o avanço desta política não acontecerá senão dependente dos avanços do SUS. Qualquer proposição política específica será incapaz de produzir efeitos positivos isolados da macropolítica de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019*. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31/10/2019. Seção 1.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde*, Brasília, DF: CONASS, 2015.

BRASIL. *Portaria nº 1.220/GM/MS, de 03 de junho de 2014*. Altera o art. 3º da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04/06/14. Seção 1, p.91.

BRASIL. *Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014*. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2014.

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

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. *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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23/11/2012. Seção 1, p.1.

BRASIL. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexosprt4279_30_12_2010.pdf. Acesso em: 3 mai. 2022.

BRASIL. *Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005*. Define as unidades de assistência de alta complexidade em oncologia, os centros de assistência de alta complexidade em oncologia (CACON) e os centros de referência de alta complexidade em oncologia e suas aptidões e qualidades. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2005.

BRASIL. *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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09/12/2005. Seção 1, p.80-81.

BRASIL. *Portaria nº 3.535/GM, de 2 de setembro de 1998*. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 196-E, 14/10/1998. Seção 1, p.53-54.

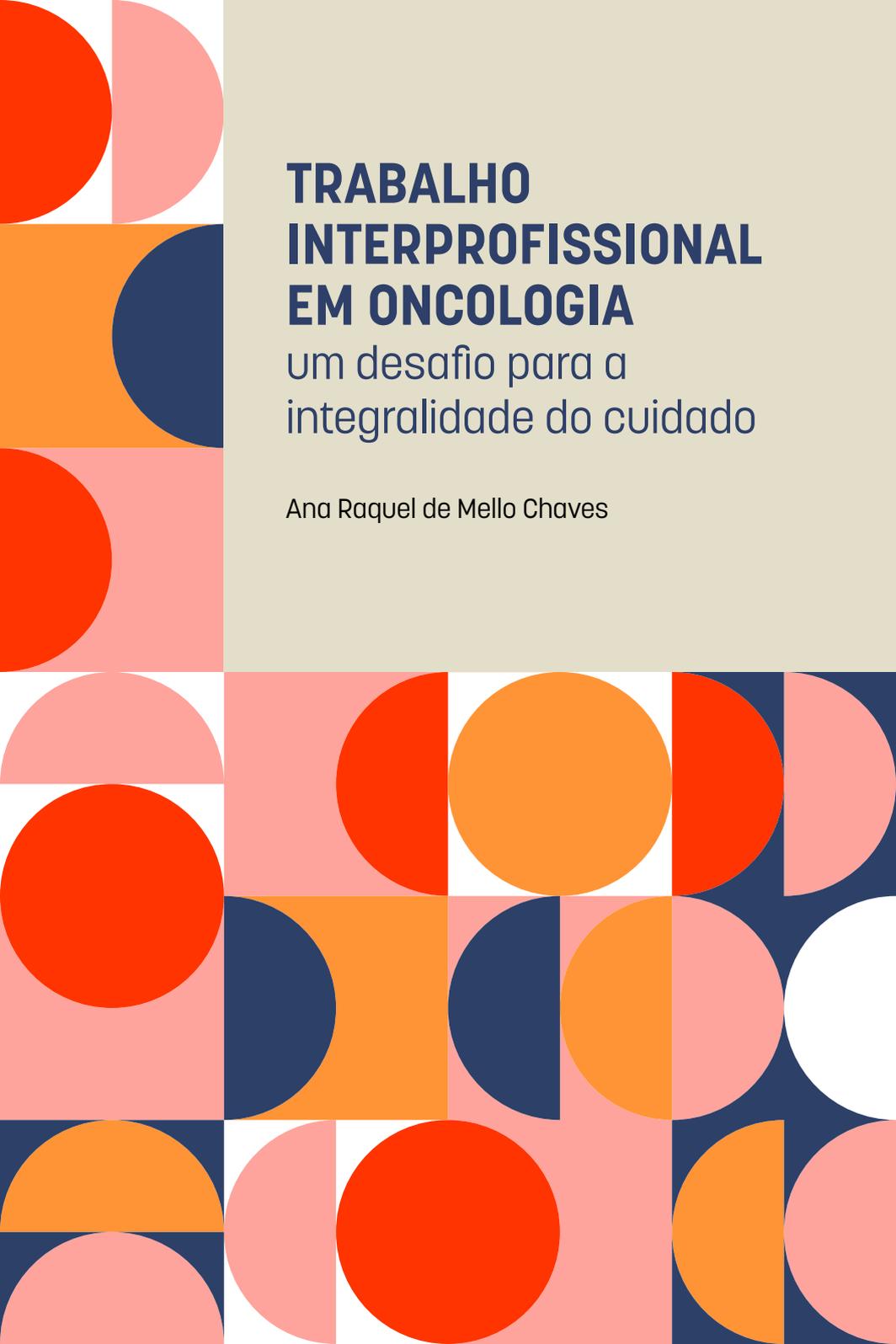
BRASIL. *Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20/09/1990. Seção 1.

- BRAY, F. et al. *Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. CA: a cancer journal for clinicians, Hoboken, v.68, n.6, p.394-424, nov., 2018.
- BRITO-SILVA, et al. *Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação*. Interface — Comunicação, Saúde, Educação [online]. v. 16, n. 40, 2012.
- CARVALHO, M. R. de. *Modelos assistenciais de Unidades Básicas de Saúde e integralidade. Estudo de Caso: a Área de Planejamento*. 243f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1991.
- CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2001.
- DA SILVA, M. J. S. et al. Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a Criação do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 63(3): 177-187, 2019.
- FRENK, J. et al. *La transición epidemiológica en América Latina*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 111(6): 485-496, 1991.
- GABROIS, V.; FERREIRA, S. C. Gestão em saúde: perspectiva e desafios para a construção da integralidade. In: FERREIRA, S. C., MONKEN, M. (Org.). *Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.
- GIOVANELLA, L. et al. Integralidade da Atenção em Sistemas Municipais de Saúde: Metodologia de Avaliação e intervenção. *Saúde em Debate*, n.60, 37-61, 2002.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA — IBGE. *Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação — Evolução dos grupos etários 2010-2060*. Brasília, DF: IBGE, 2018. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock. Acesso em: 17 dez. 2021.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER — INCA. *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2020.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER — INCA. *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER — INCA. *Coordenação de Prevenção e Vigilância. A situação do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2006.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER — INCA. *Ações de Enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. Rio de Janeiro: INCA, 2002.
- KINGDON, J. W. *Agendas, alternatives and public policies*. Ann Arbor: University of Michigan, 2003.
- LANDIM, E. L. A. S.; GUIMARÃES, M. do C. L.; PEREIRA, A. P. C. de M. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão. *Saúde em Debate* [online]. 43(n. spe5):161-173, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S514>. Acesso em: 4 mai. 2022.
- LEONE, E. T.; MAIA, A. G.; BALTAR, P. E. Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil. *Econ Soc*. 19(1):59-77, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ecos/a/D83jm8Q_vy7tZfdYNpFJZqXr/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 28 mar. 2022.
- MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS: tomo I*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 15(5):2297-305, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acesso em: 3 mai. 2022.
- MENDES, E. V. *Desafios do SUS*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019.
- NAKATA, L. C. et al. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. *Escola Anna Nery* [online]. 24(2), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154>. Acesso em: 2 mai. 2022.
- OMRAM, A. R. *The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change*. Bulletin of the World Health Organization 79(2):161-170, 2001.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS — ONU. *OMS: em 2050 população global acima dos 60 anos deve passar dos 2 bilhões*. [s. l.], 2014. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2014/11/1491741-oms-em-2050-populacao-global-acima-dos-60-anos-deve-passar-dos-2-bilhoes>. Acesso em: 19 mar. 2022.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE — OPAS. *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate* [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 113.p, 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1366-a-atencao-a-saude-coordenada-pela-aps-construindo-as-redes-atencao-no-sus-serie-navegadorsus-n-2-6&category_slug=serie-navegadorsus-239&Itemid=965. Acesso em: 2 mai. 2022.

- PARADA, R. et al. *A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer*. Rev. APS;11(2), abr.-jun., 2008.
- PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado á saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006.
- SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2011, v. 16, n. 3
- SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4):897-908, 2004.
- TEIXEIRA, L. A. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, v.17, supl.1, jul., p.13-31, 2010.
- VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol Serv Saúde*. 21(4):539-48, 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a03.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2022.



TRABALHO INTERPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA

um desafio para a
integralidade do cuidado

Ana Raquel de Mello Chaves

INTRODUÇÃO

Este capítulo se propõe a refletir sobre o trabalho interprofissional em oncologia a partir dos desafios cotidianos para a integralidade do cuidado, entendendo sua importância diante do quadro de adoecimento por câncer no Brasil e no mundo diante das exigências e demandas postas pelo tratamento oncológico, bem como pelas questões pertinentes à prevenção, promoção, recuperação da saúde e reabilitação, relacionados a sobrevivência do câncer, aos cuidados paliativos¹ e ao processo de finitude humana².

Tem-se como ponto inicial o campo da oncologia como importante área de conhecimento científico e de práticas profissionais e de saúde diversas, inseridas na Política de saúde. Entende-se que a saúde se configura como um dos direitos fundamentais para a condição de cidadania, sendo mister a plena participação dos indivíduos na sociedade política a partir de sua inserção como cidadãos, na perspectiva do usufruto deste direito, a saúde, e não como um acesso por meio de caridade, ou por serviço adquirido mediante pagamento ou seguro. Assim, a oncologia se apresenta como campo de política e de instituições de saúde onde se configuram e estruturam diferentes práticas de gestão e assistenciais de saúde, de modo a assegurar o acesso a um conjunto de ações de tratamento, recuperação da saúde e cuidados paliativos, necessárias para a qualidade de vida e bem-estar das pessoas adoecidas por câncer. Sendo

1. *“Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais” (WHO, 2002).*
2. *Sobre Finitude Humana e Saúde Pública, ver Rego e Palácios (2006).*

assim, a discussão proposta tem como lócus a atenção terciária, de alta complexidade para o tratamento de pessoas adoecidas por câncer, e sua rede de suporte, onde equipes multiprofissionais de saúde realizam seu labor na assistência direta a estes usuários, na busca da imperativa ação integral em equipe e de ação intersetorial com a rede de atenção à saúde e demais políticas setoriais.

SOBRE A ONCOLOGIA NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

O câncer é considerado doença crônica não transmissível³, e constitui-se como um dos principais problemas de saúde pública mundial, estando entre as 4 principais causas de morte prematura na maioria dos países, isto é, antes dos 70 anos de idade. Sua incidência e a mortalidade⁴ têm aumentado em todo o mundo, devido ao envelhecimento, ao crescimento populacional e à mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer, especialmente os associados ao desenvolvimento socioeconômico.

As neoplasias são enfermidades que apresentam características que pressionam o sistema de saúde, tendo em vista que os pacientes oncológicos apresentam necessidades de saúde e de crescentes recursos de

- 3.** De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as condições crônicas são problemas de saúde que exigem cuidados contínuos por um período de vários anos ou décadas e compreendem um grupo extremamente amplo de agravos, como as condições transmissíveis e não-transmissíveis, distúrbios mentais e Incapacidades funcionais (OMS, 2003).
- 4.** No Brasil, dados do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/ Inca (INCA, 2019) estimam que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma), para cada ano do triênio 2020-2022.

serviços e hospitais para continuidade de seu tratamento e cuidado. O adoecimento por câncer apresenta-se muito complexo e não se explica apenas pelo agravo em si. Ou seja, não deve ser reduzido a uma questão biológica, mas conforma também expressões da questão social⁵, sendo atravessado pelas condições de vida da população em seus aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais, conformando necessidades de saúde que variam de acordo com cada grupo populacional, pois estão vinculadas às dimensões reprodutivas de suas condições de vida (SILVA, CHAVES e MONTEIRO, 2013).

Dessa forma, percebe-se que o tratamento oncológico, e suas exigências, quando relacionadas ao contexto socioeconômico e cultural dos sujeitos, geram demandas sociais⁶ e expressam necessidades de saúde que vão implicar em ação consciente, comprometida, crítica e ética de diferentes trabalhadores de saúde, presentes no campo da oncologia pelas mais distintas equipes e categorias profissionais.

-
5. Conforme Iamamoto e Carvalho (2012), a questão social é apreendida como expressão ampliada das desigualdades sociais capitalistas. Desta forma, é indissociável do processo de acumulação e dos efeitos que produz sobre a classe trabalhadora. Assim, a questão social diz respeito ao conjunto de expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Portanto, a questão social expressa disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais.
 6. Demandas sociais por recursos públicos diversos, para garantir, por exemplo, o deslocamento do domicílio à unidade de tratamento oncológico e retorno ao domicílio, hospedagem e alimentação próximos ao centro de tratamento, presença de um acompanhante/cuidador e prescrição de cuidados e materiais para uso em domicílio, que comumente repercutem na renda e na organização familiar e de sua rede de suporte.

QUESTÕES PARA PENSAR O TRABALHO INTERPROFISSIONAL NO TRABALHO EM SAÚDE EM ONCOLOGIA

Para se falar de trabalho em saúde, parte-se da premissa de que há no campo da saúde a presença de distintos atores sociais com suas especificidades. Estão em exercício laborativo diferentes categorias profissionais, com atribuições e competências próprias, expressas em leis e regulamentações específicas. Para além das características de cada categoria ou função profissional, há rotinas e normas de serviço que delimitam, nas instituições de saúde, a atividade profissional de cada ocupação dentro deste trabalho em saúde.

Nesse sentido, Peduzzi et al. (2016) remetem à importante reflexão sobre o trabalho em saúde em interface com o termo de disciplina-ridade e as variações que dele derivam, apontando a emergência de conceitos, bem como a distinção existente entre eles na formação da equipe multiprofissional.

[...] na multidisciplinaridade não há nenhuma cooperação entre as disciplinas; na pluridisciplinaridade ocorre cooperação, mas sem coordenação; a interdisciplinaridade envolve uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas coordenadas por uma delas, a qual ocupa uma posição hierárquica superior e a transdisciplinaridade envolve uma coordenação de todas as disciplinas com base em uma axiomática geral. A interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade dizem respeito à interação entre as disciplinas, ao diálogo e a cooperação entre diferentes áreas de conhecimento, a partir do reconhecimento de posições distintas em relação a um mesmo objeto complexo” (PEDUZZI et al., 2016, p.2).

De semelhante modo, pode-se depreender reflexões acerca dos conceitos de multiprofissionalidade e interprofissionalidade. Entendendo a multiprofissionalidade na saúde a partir de Peduzzi (2001, p.104) como algo que está posto no cotidiano, uma vez que “a noção de equipe multiprofissional é tomada como uma realidade dada, uma vez que existem profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente, e a articulação dos trabalhos especializados não é problematizada”. Contudo, apesar do desafio posto pela própria natureza cotidiana dos serviços de saúde, tem-se como pressuposto a possível superação da fragmentação de procedimentos e da própria ação do cuidado, a partir do envolvimento, criatividade, interação e potência dos profissionais envolvidos nos espaços de reflexão e de prática do cuidado em saúde. Desse modo, aponta-se como possível o exercício de uma abordagem em equipe de forma coletiva, que tenha por base as ações interprofissionais de modo colaborativo, com comunicação efetiva, onde as diferenciações das profissões são afirmadas e se fazem presentes e assim produzem um cuidado singular gerado nos processos de trabalho em saúde. A interprofissionalidade aqui defendida consolida uma equipe multiprofissional que “deixou de ser um mero aspecto do organograma do setor e passou a ser um ponto estruturante do trabalho em equipe” (GOMES et al., 2007, p.19). Integra também o campo de formação profissional, no desenvolvimento profissional na rede de serviços e de gestão e a ampliação da integração e interação com a população, usuários, e as instâncias de controle social. Sobre o trabalho multiprofissional, Peduzzi (2007) afirma que:

[...], o trabalho multiprofissional refere-se à recomposição de diferentes processos de trabalho que devem, para se integrar, concomitantemente, preservar as diferenças técnicas ou especificidades de cada trabalho e articular as intervenções realizadas pelos componentes da equipe. (PEDUZZI, 2007, p.162).

Ceccim (2018) discorre sobre a interprofissionalidade a partir da existência de territórios multiprofissionais e das interseções interdisciplinares, a partir do trabalho multiprofissional e da interprofissionalidade que acontece no cotidiano das ações em saúde, refletindo sobre a importância de se promover uma educação interprofissional e a educação permanente em saúde.

Já o reconhecimento da interprofissionalidade, entretanto, é a presença da ordem ao caos, equilíbrio antitético. Logo o interprofissional não é o novo lugar ideal, o lugar de “definição” do comum, é lugar de indiferenciação, que convoca o aprender, o pensamento da criação. Interessa expandir o trabalho em equipe (equipe integração), posto que é absolutamente necessário à segurança do paciente, às redes integradas, à humanização, à integralidade e ao alívio do trabalho (assim como margem à sua fixação: mais conforto e prazer no trabalho pela continência, amizade) e é preciso prover a educação interprofissional para prover um habitus, o acomodar-se com a escuridão (o anoitecimento) e o amanhecer, aprender a ser aprendiz na(s) profissão(ões). A interprofissionalidade emerge em territórios multiprofissionais (sem a multiprofissionalidade não haverá o ponto entre ou interprofissões), assim como das interseções interdisciplinares (a aceitação ativa da pluralidade e da multiplicidade dos saberes), então a chamada clássica da educação permanente em saúde, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, é uma chamada pela interprofissionalidade: comunidade de aprendizagem. (CECCIM, 2018, p.10).

Fato é que diante das especificidades das categorias profissionais, o trabalho em saúde apresenta uma dimensão coletiva, que demanda ação laborativa de vários profissionais e serviços, embora ainda se configure

um predomínio do enfoque biomédico⁷ e hospitalocêntrico, onde o profissional de Medicina detém o controle⁸ desse trabalho coletivo, delegando atividades a partir de sua ação diagnóstica do problema de saúde, exames e análises diversas e intervenções dos distintos profissionais e serviços que compõem as unidades de saúde afetadas pelo complexo industrial tecnológico na saúde e pela crescente especialização do trabalho em saúde.

Quanto ao trabalho em saúde, Mehry e Franco (2008) apontam importantes reflexões sobre a presença do que denominam de “*tecnologias e aparato tecnológico*” presentes nas “*valises tecnológicas*”. Referem-se os autores, aos instrumentos, como *tecnologias duras*, ao saber técnico estruturado, como *tecnologias leves-duras* e às relações entre sujeitos em ato, como *tecnologias leves*. Para os autores, no cotidiano das ações de saúde, há um arranjo entre as tecnologias, de distintas conjugações entre si, com predominância e imbricação de uma sobre as outras, o que as faz de forma inerente moldar modos de produzir cuidado. O desafio se constitui em pensar e efetivar o trabalho em saúde como uma especificidade capaz de aglutinar tecnologia e técnica às relações e aos atos de cuidar que se estabelecem cotidianamente, em um ato de “*trabalho vivo*”, segundo Merhy (2002), onde as experiências de trabalho e da vida

7. Para Paim (2018, p.1725), ocorre a “reprodução do modelo médico hegemônico, centrado mais na doença que na saúde, no tratamento que na prevenção ou promoção, no hospital e nos serviços especializados, e menos na comunidade, no território e na atenção básica”.
8. Debates têm se levantado na contemporaneidade acerca desta hegemonia do poder da Medicina como coordenador do trabalho em saúde, e da fragmentação e especialização do processo de cuidado em saúde, apontando questões relevantes no que concerne à formação dos profissionais de saúde e a capacitação dos profissionais para as complexas demandas que se apresentam no cotidiano dos serviços cujas habilidades requerem mais que conhecimentos técnicos prévios e formação acadêmica.

são saberes que conformam habilidades e capacidades criativas dos trabalhadores no ato do processo de trabalho, sendo ação inerente ao fazer do trabalho em saúde, das categorias profissionais, embora cada qual com sua singularidade, visto que:

[...] há um campo em comum entre todos os tipos de trabalhadores [de saúde]: todos eles, independente da sua formação ou profissão, são operadores da construção do cuidado, e portadores das valises tecnológicas. Sendo que a valise das tecnologias leves que produz relações, é igualmente de todos. (MERHY e FRANCO, 2008, p.432).

Feuerwerker e Cecilio (2007) apontam aspectos indispensáveis para essa reflexão que repercutem no trabalho em saúde, mais especificamente nos hospitais, onde o trabalho médico e o trabalho em saúde em geral voltaram-se aos procedimentos e não às necessidades das pessoas, com um importante empobrecimento de sua dimensão cuidadora. O modelo de saúde hospitalocêntrico concentrou o cuidado especializado em saúde nos centros de referência, que compõem, geralmente, o nível terciário de atenção à saúde, representado pelos hospitais, o que pode ser exemplificado pelo campo da oncologia. Segundo Feuerwerker e Cecilio,

a institucionalização das práticas de saúde, a perda do controle sobre os meios de trabalho, a crescente especialização e a maciça incorporação de tecnologias duras contribuíram para que houvesse um predomínio das tecnologias duras e leve-duras no trabalho em saúde e um empobrecimento dos aspectos intersubjetivos da relação profissionais-usuários. (FEUERWERKER e CECILIO, 2007, p.966).

Santos et al. (2009) corroboram com a discussão apontada acerca desse aspecto, ao problematizarem quanto ao trabalho em equipe e ao trabalho coletivo e as dificuldades cotidianas de interação que os

profissionais apresentam para efetivar tal trabalho em equipe, “apontando, como obstáculos, a ausência de construções coletivas diárias e as barreiras de comunicação entre os diferentes profissionais” (SANTOS et al., 2009, p.363). Ao reconhecerem a importância imprescindível da integralidade nos serviços de saúde, os autores assinalam a necessidade de que práticas e posturas profissionais sejam repensadas. Para Santos et al.,

constata-se que o processo de trabalho, no contexto hospitalar, está pautado basicamente em atividades assistenciais, diferenciadas de acordo com cada grupo profissional, as quais, do ponto de vista do cuidado à saúde, articulam-se em uma rotina de trabalho coletivo, constituindo-se em ações fragmentadas, realizadas de maneira conjunta. (MARTINS, 2004 *apud* SANTOS et al., 2009, p.64).

Peduzzi (2001) apresenta discussão pertinente acerca da conceituação e tipologias das equipes multiprofissionais de saúde, onde contextualmente o trabalho de equipe de saúde se realiza em situações concretas de trabalho. A autora distingue assim duas noções: “a equipe como agrupamento e a equipe como integração de trabalho. A primeira noção é caracterizada pela fragmentação, e a segunda pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações de saúde” (PEDUZZI, 2001, p.105-106). Para a autora, ambas tipologias apresentam diferenças técnicas de especialização dos trabalhos e desigualdade no seu valor atribuídos devido à hierarquização e tensões dos exercícios de autonomia técnica, das interdependências e das complementariedades presentes nos serviços de saúde. Peduzzi (2001) aponta importante reflexão no tocante ao reconhecimento e à articulação das ações, com a necessária interlocução e interação entre os agentes de saúde para a construção de consensos e de um projeto em comum que mire as necessidades de saúde dos usuários, a partir do agir-comunicativo, com possibilidades

de construção de equipes-integração nas distintas relações entre os profissionais, mesmo as assimétricas, seguindo compartilhamento técnico e “*horizonte ético*”.

Quanto ao trabalho no campo oncológico, sem dúvida este apresenta potencial para o desenvolvimento da interdisciplinaridade e interprofissionalidade tendo em vista os desafios intrínsecos ao exercício de práticas que congregam diferentes disciplinas e profissões em ato num mesmo trabalho em saúde, que deve ter como finalidades a colaboração, cooperação e integração das diferentes especialidades, diante dos desafios postos cotidianamente nas ações de gestão e de cuidado, conforme poderá ser refletido a seguir.

SOBRE A INTEGRALIDADE DO CUIDADO E O ENCONTRO ENTRE TRABALHADORES COMO POSSÍVEIS E NECESSÁRIOS NO CAMPO ONCOLÓGICO

O contexto de adoecimento por uma doença crônica como o câncer e suas formas de enfrentamento apontam para questões relacionadas ao diagnóstico da doença, e o acesso aos centros especializados de tratamento, bem como a oferta de suporte, formal ou informal, e ao cuidado prestado. A questão da cronicidade é fator que impõe a necessária articulação entre profissionais e suas práticas, setores e serviços, não podendo ser pensada isoladamente. Ademais, os limites enfrentados

pelas unidades de saúde oncológicas⁹, revelam muitas vezes questões como a fragmentação do cuidado e/ou frágil junção entre os profissionais que prestam assistência direta aos usuários, bem como na articulação de intersectorialidade entre os serviços da rede de atenção à saúde e com outras políticas setoriais, que resultam em parcas relações de referência e contrarreferência para atendimento das necessidades de saúde dos usuários.

Tais questões apresentadas são fundamentais de serem refletidas criticamente diante do trabalho em saúde, que, distintamente de outras atividades laborais, demanda, além da atuação habilidosa, destreza e aptidão do trabalhador e de cada categoria profissional, o desenvolvimento de competências individuais e coletivas para lidar com as dimensões da vida das pessoas no ato de encontro e cuidado entre trabalhadores de saúde e usuários dos serviços assistenciais. Ou seja, diante de ocasiões que vão exigir manejo e alívio, por exemplo, de dor e sofrimento, morte e luto, esperança e desesperança, intensificadas em situações de adoecimento como o câncer, aponta-se ser necessário

-
9. Sobre as unidades de saúde oncológica, a Portaria nº 874/2013 que institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer determina que o cuidado ao usuário deve ser integral, regionalizado e descentralizado, a partir de estabelecimentos de saúde e serviços oncológicos habilitados e especializados para o tratamento do câncer denominados Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon). Estes estabelecimentos que atuam no diagnóstico, estadia-mento e tratamento, devem atentar para as exigências presentes na Portaria SAES/MS nº 1.399/2019, de modo a garantir a qualidade dos serviços de assis-tência oncológica e a segurança do paciente. São estes: Unacon, hospital habilitado com serviço de radioterapia, de hematologia ou de oncologia pediátrica e Cacon, hospital habilitado com serviço de oncologia pediátrica. Sendo Unacon unidade exclusiva de hematologia, com serviço de radioterapia, e Unacon exclu-siva de oncologia pediátrica, com serviço de radioterapia.

vislumbrar muitas vezes ações mais robustas, para além das que são praticadas, inclusive para além dos muros institucionais dos serviços, em ato contínuo, interrelacional, intersetorial tendo em vista situações que repercutem de forma vital no processo de cuidado, como as dificuldades materiais e concretas, oriundas da fome, da pobreza, do desamparo social de rede formal, informal e de políticas sociais para o atendimento das necessidades de vida das pessoas, atentando para a dignidade humana do direito à saúde no curso do tratamento oncológico. Aponta-se assim a integralidade do cuidado e o encontro entre trabalhadores como possível e necessária no campo oncológico, podendo ser construída no cotidiano dos serviços, onde os diferentes atores sociais presentes se encontram, se relacionam, e produzem práticas de saúde no que tange também aos aspectos relacionados à segurança do paciente, com a redução de riscos, agravos e danos, e contribuindo também para a satisfação das necessidades de saúde e no cuidado, em vínculo ao tratamento ou plano de cuidados compartilhado, e também relacionadas ao bem-estar e qualidade de vida das pessoas.

O conceito de integralidade é apresentado a partir de uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988), ao enfatizar o atendimento integral em prioridade das atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, havendo o reconhecimento dos direitos de cidadania, como a saúde, que deve ser garantida como dever do Estado mediante políticas sociais e econômicas, tendo em vista ser direito de todos. Para isso, a Carta Magna apresenta um sistema de saúde único, integrado em ações e serviços de saúde, organizado nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, com a participação do sistema privado em caráter complementar.

Mattos (2001) apresenta importante reflexão acerca da integralidade, a partir das noções e usos do termo, sentidos atribuídos, identificando suas marcas específicas e características desejáveis, ou seja, o

que é mister e o que é criticável ao sistema de saúde em suas políticas e práticas de saúde. O autor descreve 3 grandes conjuntos de sentidos para o princípio da integralidade, que se tangenciam, a saber: 1) as características e a abrangência de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde no sentido de articular ações preventivas e assistenciais; 2) relativos a aspectos da organização dos serviços de saúde; e 3) voltados para atributos das práticas de saúde. De acordo com o autor, tais sentidos são importantes de serem identificados para promover o reconhecimento e análise de experiências que realizem e avancem em ações de integralidade e em contribuição para que diferentes atores se engajem na construção de práticas pautadas pela integralidade. Diante do exposto, tais aspectos devem ser considerados na área oncológica, onde, no cotidiano do trabalho em saúde, a integralidade do cuidado deve ser produzida e deve produzir o encontro entre os vários atores envolvidos de modo que se fecunde relações em que o vínculo, o acolhimento, a referência, e o cuidado aconteçam, ampliando assim as percepções das necessidades dos sujeitos e interrogando qual a melhor forma de ofertar respostas às demandas de saúde presentes.

No sentido da integralidade, as práticas de saúde e seus espaços de realização do trabalho em saúde pelos profissionais nos serviços, não podem ser minimizados, reduzidos em atendimento às diferentes patologias oncológicas e seus tratamentos, fragmentadas em seus locais de atendimentos por especialidades ou em ações apenas às lesões que provocam sofrimento e dor a um enfermo, em uma ação direcionada a um corpo, uma doença ou uma situação de risco, posto que tal atenção se apresenta em pessoas, seres humanos que nos serviços de saúde são também portadores de desejos, aspirações e sonhos (Mattos, 2001), portadores de necessidades de saúde que são apresentadas como demandas aos serviços de saúde (CECILIO, 2001) a estes distintos profissionais. Para Cecílio (2001, p.128), “mil possibilidades de escuta se abrem quando o conceito de necessidade de saúde é incorporado

pela equipe”. Dessa forma, impõe-se aos profissionais em oncologia que despertem e produzam uma integralidade que se realize nessa relação sujeito-sujeito nas distintas práticas dos serviços de saúde, em seus mais diversos encontros. Sobre as necessidades, Mattos afirma que

As necessidades de serviços assistenciais de uma população não se reduzem às necessidades de atendimento oportuno de seus sofrimentos. As necessidades não se reduzem às necessidades de informações e de intervenções potencialmente capazes de evitar um sofrimento futuro. As necessidades não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina como a epidemiologia, ou como a clínica. Novamente, o princípio da integralidade implica superar reducionismos. (MATTOS, 2001, p.62).

Além disso, o autor (MATTOS, 2001) pondera uma importante questão: que a integralidade implica em recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos e aponta a necessária abertura ao diálogo com o outro, onde o princípio deve ser o direito universal aos atendimentos das necessidades de saúde em respostas correspondentes. Diálogo este, entre trabalhadores entre si, gestores e usuários dos serviços de saúde, que deve apontar para outro aspecto importante no que se refere à integralidade: a necessária gestão do cuidado em saúde, que conforme Cecílio (2011), deve pautar-se pelas dimensões individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária, como elementos importantes para a realização de um processo avaliativo das dimensões mais estruturais do cuidado, a partir das diferentes, complexas e singulares demandas e necessidades de saúde dos sujeitos concretos, que são determinadas socialmente. A gestão do cuidado vai, segundo o autor, depender da ação de vários atores do processo de atenção em saúde, que recebem interferências, externas e internas, e que com seus diferentes valores, projetos, interesses e sentidos, como conexões, vão

configurar e compor redes e linhas de cuidado, interligando pessoas e serviços, permitindo a integralidade do cuidado. Assim, aponta-se a importância da produção e invenção de novos olhares, modos e sentidos do cuidado entre trabalhadores e usuários nos territórios, nos espaços cotidianos dos serviços de saúde, como protagonistas, dando visibilidade aos processos locais de cuidado, de modo que faça sentido para quem é direcionado o cuidado, como também para quem dispensa o cuidado.

Assim, tendo em vista o cenário da oncologia e de múltiplas dimensões e facetas presentes no processo de atenção em saúde, tais debates e reflexões críticas são imperativos e devem expressar a luta pela efetiva integralidade em saúde apontada pelo autores apresentados e aqui defendida, bem como para que se concretize a intersectorialidade necessária com outras políticas sociais diante da complexidade que o cuidado em saúde da pessoa adoecida por câncer apresenta no contexto neoliberal em vigor, cuja faceta ultraneoliberal constitui uma norma de morte e não de vida, ao acirrar desigualdades sociais, precarização e banalização das condições de vida e de trabalho, ao deslegitimar e desconstruir direitos sociais garantidos. Tal ação do Estado que se minimiza para as mais diferentes políticas sociais, a partir, por exemplo, do desinvestimento e desfinanciamento da política de saúde, maximiza seus investimentos para o mercado e o capital financeiro e os interesses deste, o que vem rebatendo na vida das pessoas, trabalhadores e usuários da saúde. Assim, chama-se atenção para a importante reflexão acerca também dessas questões que se imbricam aos sentidos da integralidade na área da oncologia, prática de saúde que ainda reproduz a hegemonia do modelo biomédico e das tecnologias duras, sendo mister o olhar e cuidado atento às pessoas, em um compromisso com a integralidade da atenção, bem como o fortalecimento do direito à saúde.

Nesse sentido, pondera-se a importância de efetivação de alguns exemplos de estratégias e ferramentas fundamentais para o avanço na concretização do trabalho em equipe multiprofissional em oncologia,

com potencial criativo de uma cultura interprofissional e institucional do trabalho em equipe que responda ao desafio da integralidade da saúde no SUS. Defende-se assim, a possibilidade de ampliação de espaços de escuta e acolhimento dos usuários nos diversos locais de atendimento existentes. Avalia-se como possível a ampliação do tempo de consultas individuais, a realização de interconsultas ambulatoriais e a criação e ou ampliação de espaços coletivos de discussão em ambientes de interação hospitalar, possibilitando a constituição de projetos terapêuticos que estejam centradas no usuário/paciente dos serviços. Outros espaços possíveis podem ser pensados a partir de discussões de planos de cuidado com o desenvolvimento de projetos conjuntos pelos profissionais, com apresentação e debate de ideias, discussões coletivas e compartilhadas e de tomada de decisão. Nesse ponto, a defesa também de uma cultura de construção efetiva de trabalho em rede com atendimentos intersetoriais se apresenta como imprescindível. Dinâmicas de grupo e constituição de equipes de trabalho, atividades de formação, capacitação e atualização profissional, atividades de pesquisa, mesas-redondas e sessões clínicas interprofissionais mormente permitem um maior amadurecimento das situações, qualificando a atenção e o cuidado, sobretudo as de difícil manejo, com o reconhecimento do fazer profissional das diferentes profissões em ação cotidiana, e das habilidades e competências diversas em unidade, constituindo assim uma ação interprofissional nos diferentes cenários e contextos que perpassam o campo de prática em saúde em oncologia, na sua interface com as múltiplas dimensões da vida das pessoas. Percebe-se que muitas dessas ações tem encontrado obstáculos para sua realização, e muitas vezes não são efetivadas, sendo deslegitimadas e desvalorizadas, em discurso, intencionalidades e impedimentos pelas reais condições e relações de trabalho e organização dos serviços de saúde que apresentam déficit de recursos humanos, terceirizações e precarização de trabalho e acúmulo de atividades e funções, impondo fragilidades nas formações das equipes de saúde e dificultando

ações que possibilitem a atenção qualificada, digna e de direito aos usuários do SUS. Tais questões, próprias da estrutura capitalista, sobretudo em tempo ultraneoliberal, imprime nos diferentes trabalhadores e em suas formas de organização coletiva, bem como na população usuária dos serviços, tais amarras e aprisionamentos, reduzindo e não possibilitando a prevalência das tecnologias leves nos serviços de saúde, isto é, não permitindo momentos relacionais de potencial encontro, reflexão e mudanças dos modos de agir em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O texto aqui apresentado se propôs a integrar algumas reflexões e discussões contemporâneas acerca do tema da integralidade do cuidado a partir do cenário da oncologia, mais especificamente do desafio acerca do trabalho interprofissional dos diferentes profissionais e equipes de saúde e suas práticas cotidianas, apontando entretanto a necessária construção da crítica coletiva e reflexiva, diante das possibilidades e limites, do contexto e rumos do SUS e das arenas de negociação, pactuação e de debates, de modo a não banalizar o uso do termo integralidade do cuidado, e reiterar sua defesa por meio de práticas, cujos valores devem continuar sendo defendidos na perspectiva do direito e em defesa da vida.

Tendo em vista o debate teórico delineado, verifica-se que este processo de saúde-doença, atenção e cuidado relacionado ao tratamento oncológico só se fará possível a partir do compartilhamento de decisões e de responsabilidades deste cuidado e pela troca de saberes entre os diferentes atores que compõem este cenário de cuidado, atuando de forma cooperada para atender as diferentes demandas e necessidades de saúde que a população usuária apresenta. Além disso, tendo em vista as múltiplas dimensões e aspectos que envolvem este processo de

atenção em saúde em oncologia, faz-se imprescindível a continuidade dos debates e reflexões como expressão da luta pela efetiva integralidade em saúde, bem como para que se concretize a interprofissionalidade diante da complexidade que o cuidado em saúde do usuário adoecido por câncer apresenta. O manejo do processo de cuidado em saúde requer uma disposição para o encontro entre os diferentes atores sociais presentes no cenário, de modo que resulte em boas práticas planejadas, reflexivas e avaliadas de interação e cuidado aos usuários, para além das demandas que envolvem o diagnóstico da patologia, tratamentos, protocolos, prescrições, medicalizações e controle de corpos, sendo esta uma temática para discussões e estudos futuros.

Entendendo a importância de novas reflexões sobre o tema e aprofundamento das questões aqui apresentadas que certamente despertarão e suscitarão outras a partir de novos olhares e percepções, cabe uma reflexão acerca de como é possível atualmente, no contexto socioeconômico e político vigente, identificar e ou oferecer práticas de saúde que atendam às necessidades de saúde que apresentam os usuários adoecidos por câncer, a partir dos sentidos de integralidade de saúde, e em ações interprofissionais, integrais e integradas entre si, comprometidas com o SUS? Segue-se assim, a trajetória de luta em defesa de práticas e políticas que atendam às necessidades de saúde das pessoas, entre elas o atendimento integral e interprofissional por equipe de saúde como direito do cidadão, sendo dever do Estado a sua garantia, conforme previsto no texto da Constituição Federal de 1988.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. *Portaria nº 1.399/SAES/MS, de 17 de dezembro de 2019*. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19/12/2019. Seção 1, p.173.
- BRASIL. *Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013*. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2013.
- BRASIL. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- CECCIM, R. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação* (Botucatu), v. 22, n. supl. 2, p. 1739-1749, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>. Acesso em: 07 mai.2022.
- CECÍLIO, L. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2022.
- CECÍLIO, L. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação* (Botucatu), v. 15, n. 37, p. 589-599, jun. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>. Acesso em: 08 mai. 2022.

FEUERWERKER, L.; CECÍLIO, L. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 965-971, ago. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400018>. Acesso em: 08 mai. 2022.

GOMES, R. et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS de B. M. E.; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/trabalho-em-equipe-sob-o-eixo-da-integralidade-valores-saberes-e-praticas/4513>. Acesso em: 08 mai. 2022.

IAMAMOTO, M.; CARVALHO, R. *Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. São Paulo: Cortez, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER — INCA. *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

MATTOS, R. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, 2004. v. 20, n. 5, p. 1411-1416, out. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>. Acesso em: 08 mai. 2022.

MERHY, E. E. A Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato: uma questão institucional e território de Tecnologias leves. In: MERHY, E. E. *A Cartografia do Trabalho Vivo em Ato*. São Paulo: Hucitec, 2002.

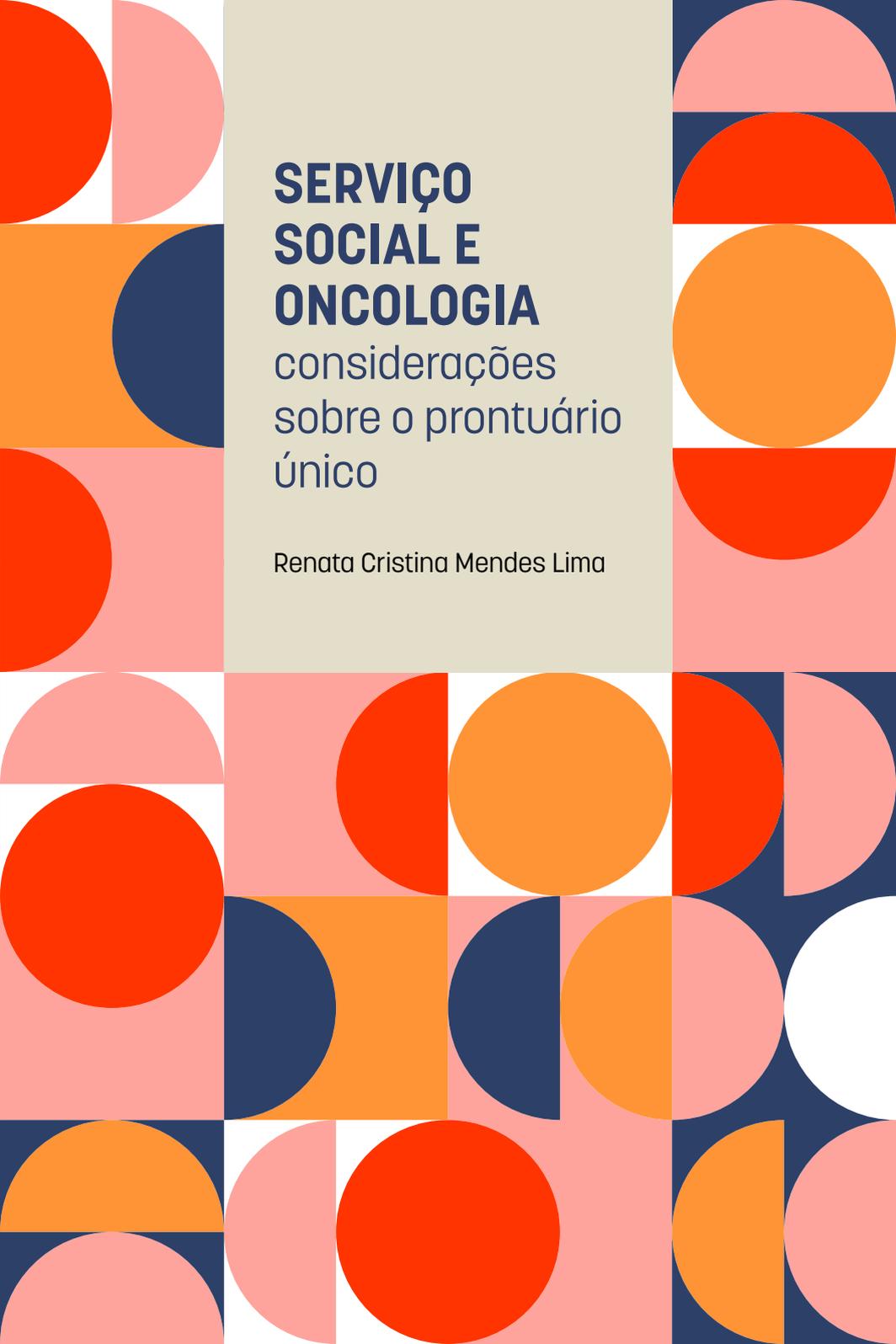
MERHY, E. E.; FRANCO, T. *Trabalho em saúde*. In: Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV 2008. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2022.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE — OMS. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília, DF, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_inovadores.pdf. Acesso em: 08 mai. 2022.
- PAIM, J. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em: 08 mai. 2022.
- PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS de B. M. E.; MATTOS, R. A. de. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/trabalho-em-equipe-sob-o-eixo-da-integralidade-valores-saberes-e-praticas/4513>. Acesso em: 08 mai. 2022.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>. Acesso em: 08 mai. 2022.
- PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. *Clínica médica*. Barueri: Manole, 2016. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf. Acesso em: 08 mai. 2022.
- REGO, S.; PALÁCIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 8, p. 1755-1760, ago. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800025>. Acesso em: 08 mai. 2022.

SANTOS, D. et al. A integralidade nas ações da equipe de saúde de uma unidade de internação pediátrica. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, v.13, n.31, p.359-68, out./dez. 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1801/180115444010.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2022.

SILVA, R. F.; CHAVES, A. R.; MONTEIRO, M. V. Os limites da política de seguridade social brasileira frente às demandas dos usuários com leucemia aguda: reflexões do serviço social. *Rev. Vértices*. Campos dos Goytacazes/RJ, v.15, n.1, p.149-164, 2013. Disponível em: <https://essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/vertices/article/view/1809-2667.20130012>. Acesso em: 08 mai. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION — WHO. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 08 mai. 2022.



**SERVIÇO
SOCIAL E
ONCOLOGIA**
considerações
sobre o prontuário
único

Renata Cristina Mendes Lima

INTRODUÇÃO

A proposta deste estudo é a realização de uma reflexão inicial sobre o registro em saúde. Este artigo é parte de minha dissertação e aborda uma discussão que envolve a oncologia, o Serviço Social e o prontuário único. Esta é uma temática relevante no debate contemporâneo no âmbito da saúde, especialmente na área oncológica, devido às mudanças ocorridas e às exigências impostas neste campo nos últimos anos.

O prontuário único é uma realidade no cotidiano dos serviços prestados na oncologia. Logo, ele é um instrumento que faz parte do trabalho coletivo realizado pelos profissionais de saúde, que inclui as assistentes sociais.

O REGISTRO EM SAÚDE E O PRONTUÁRIO ÚNICO

As pessoas assistidas pelos serviços de saúde possuem registros relacionados aos seus diagnósticos e às ações realizadas, no que se refere aos tratamentos e acompanhamentos propostos. Pensando em todas essas informações geradas, onde esses registros podem ser encontrados? É exatamente no prontuário que as informações registradas pelos profissionais de saúde estão sistematizadas.

O prontuário utilizado nas instituições hospitalares é definido pelo Ministério da Saúde (MS), através da Portaria nº 40, de 30 de dezembro de 1992, como um “conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados ao registro dos cuidados médicos e demais profissionais, prestados ao usuário em um estabelecimento de saúde” (MS/SAS, 1992).

Historicamente, os registros em saúde iniciaram com o desenvolvimento da Medicina. Os documentos possuíam informações sobre lesões, doenças e procedimentos cirúrgicos. Segundo Munck et al. (2005), há registros documentados desde os primórdios da humanidade, contendo

o nome das pessoas atendidas, o resumo dos casos e os resultados. Neste início, somente os médicos faziam anotações sobre os atendimentos prestados à população. Em vista disso, até recentemente, os prontuários eram compreendidos, exclusivamente, como algo sendo do médico e não um documento pertencente às próprias pessoas assistidas, sendo as mesmas, fontes principais das informações coletadas e registradas.

Cabe enfatizar que “o ato de registrar constitui um fator importante para a evolução da vida, para o aprimoramento da espécie humana e para o aperfeiçoamento de conhecimentos acumulados pela humanidade” (MUNCK et al., 2005, p.9). Logo, o registro em saúde consiste em “fator imprescindível a uma boa prestação de serviços às pessoas e às populações” (Idem, 2005, p.9).

Ainda segundo Munck et al. (2005, p.31), na Idade Média, o médico Avicena foi considerado precursor das notas de evolução. Ele exercia seu trabalho de maneira itinerante, com definição de rotas para atender seus “pacientes” e estes sabiam e aguardavam o dia e horário de sua chegada. Assim, considerando que havia uma necessidade de manter o conhecimento sobre as pessoas atendidas, Avicena fazia anotações de suas observações sobre cada uma delas. Suas notas foram consideradas importante instrumento de ensino da Medicina durante séculos.

Já em relação ao contexto hospitalar, os primeiros registros em saúde surgiram no final do século XVIII. E Para melhor compreensão desta configuração, Munck et al. (2005, p.33) destaca a análise de Foucault (1982, p.110-111):

Constitui-se, assim, um campo documental no interior do hospital que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber. É então que o saber médico que, até o início do século XVIII, estava localizado em livros, em uma espécie de jurisprudência médica encontrada nos grandes tratados clássicos da Medicina, começa a ter seu

lugar, não mais no livro, mas no hospital; não mais no que foi escrito e impresso, mas no que é cotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital. (FOUCAULT, 1982, p.110-111 apud MUNCK et al., 2005, p.33).

Esses fatos históricos relacionados diretamente à Medicina demonstram a importância dos registros sistematizados não só por um, mas por todos os profissionais de saúde, tanto no que diz respeito ao atendimento direto à população usuária, quanto como referente ao desenvolvimento e aprimoramento das profissões relacionadas ao campo da saúde. Esta relevância também se encontra associada às contradições inerentes às relações construídas socialmente; portanto, os registros podem incorporar, também, um processo de ação e normatização relacionado à ideia de controle vinculada ao biopoder.

Diante disso, o prontuário pode ser considerado um instrumento fundamental para o trabalho qualificado dos profissionais de saúde nas unidades hospitalares. Atualmente, ele pode ser entendido enquanto um conjunto de dados e documentos gerados a partir das pessoas assistidas, cujo principal objetivo, basicamente, é facilitar a assistência no campo da saúde. O prontuário é, também, uma fonte de informações e conhecimentos, em que estudos e pesquisas podem utilizar seus registros como base para elaboração de suas análises. Desta forma, o prontuário pode favorecer pesquisas, que visam o desenvolvimento e a construção de novos conhecimentos, gerando conquistas significativas para áreas de atuação no âmbito da saúde.

Na esfera dinâmica das instituições, as ações registradas em prontuário possuem algumas finalidades instituídas, como proporcionar, de forma sistematizada a continuidade do atendimento prestado a cada pessoa atendida, o que pode propiciar a melhoria da assistência prestada nos serviços direto à população.

O prontuário agrega vários aspectos a serem considerados de forma conjunta. Possui dimensões que envolvem a comunicação, a educação e a gerência, bem como a ético-política. Por esta razão, o prontuário pode ainda fornecer suporte para a área administrativa e gerencial das unidades hospitalares, no que se refere aos aspectos tanto financeiros como legais, e auxílio na obtenção de recursos financeiros com base nos procedimentos realizados e comprovados devidamente (MUNCK et al., 2005).

PRONTUÁRIO ÚNICO, ONCOLOGIA E SERVIÇO SOCIAL

Complementarmente, ao dispor sobre a avaliação de documentos em instituições de saúde, a Resolução nº 22, de 30 de junho de 2005, **apresenta a** definição significativa para a compreensão do prontuário, conforme disposto no artigo 1º da resolução nº 1.638/2002, do Conselho Federal de Medicina (CFM). Assim, ela afirma que:

[...] o prontuário do paciente é documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens em qualquer suporte, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e da assistência prestada a ele, de caráter sigiloso e científico, que possibilite a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. (CONARQ, 2005).

Neste sentido, o prontuário é considerado um documento legal em que os profissionais de saúde precisam registrar as suas ações referentes à cada pessoa atendida, em relação aos enfoques clínico, psicológico, social etc. Neste momento, o aspecto a observar refere-se ao prontuário único, ou seja, o registro em saúde se amplia para as demais categorias profissionais, para além do relato médico.

A partir de uma análise documental em relação ao prontuário único, as autoras Mesquita e Deslandes (2010, p.64) sinalizam que, contemporaneamente, é importante destacar o aspecto comunicativo do prontuário, uma vez que “ele também atua como mediador da comunicação intraequipe de saúde e da comunicação dessa equipe com os usuários”. Este fator pode favorecer o planejamento individual e coletivo de condutas, por meio do qual o acompanhamento será realizado por cada profissional e equipe.

Ressaltando o valor documental dos prontuários, bem como os valores ético e comunicativo, cabe referir-se às reflexões de Mesquita e Deslandes (2010, p.666) que pontuam ser o prontuário “um acervo para a análise dos discursos dos profissionais de saúde e fonte de acesso às práticas, aos conhecimentos, jargões, expressões das categorias profissionais”.

Frente a isso, Munck et al. (2005, p.141) destaca alguns problemas que envolvem a construção desta documentação. Dentre eles: a falta de interesse por alguns profissionais; o desconhecimento da importância do prontuário; a ausência de clareza da informação; e a falta de recursos físicos e/ou humanos. Algumas sugestões para elucidação destas dificuldades constituem-se na criação de medidas de atualização para os profissionais sobre a importância da documentação e avaliação regular do prontuário.

Por meio do prontuário único torna-se possível a realização de uma análise referente ao histórico do usuário na instituição e à assistência prestada pelos profissionais de saúde e os serviços garantidos pelas unidades hospitalares, com base em diferentes abordagens metodológicas.

Em relação ao registro no campo oncológico, a Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005, no que se refere às “instalações físicas, condições técnicas, equipamentos e recursos humanos necessários à prestação de serviços de alta complexidade em oncologia pelas Unidades e Cacons”, dispõe sobre o registro dos profissionais em prontuário único nos seguintes termos:

É indispensável ao hospital possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referentes (ambulatorial e internação — de rotina e de urgência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no serviço de Arquivo Médico. (Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005).

Dessa forma, na área oncológica, os profissionais registram suas ações e procedimentos realizados a partir do atendimento à população em prontuário que contém todas as informações referentes a um mesmo usuário. A Portaria do MS/SAS nº 40, de 30 de dezembro de 1992 institui o “registro obrigatório em prontuário único das atividades desenvolvidas pelas diversas categorias profissionais — médico, enfermagem, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, farmacêutico, pessoal auxiliar”. Quando se pensa na saúde enquanto resultado das condições de vida da população, o relato em prontuário único propicia o entendimento deste conceito e a visão das pessoas assistidas de forma ampliada.

A guarda deste importante documento é responsabilidade das unidades hospitalares em seus respectivos estabelecimentos de saúde. A pessoa atendida tem direito à informação sobre seu acompanhamento e ao acesso ao seu prontuário.

Quando se trata dos registros de informações em prontuário, considerando o sigilo profissional, o Código de Ética Médica, aprovado pela resolução CFM nº 1.246, de 08 de janeiro de 1988, estabelece como obrigação para o médico “evitar que pessoas não-obrigadas ao segredo profissional manuseiem prontuários”. Não somente os médicos, as demais categorias dos profissionais de saúde possuem também seus códigos de ética, que dispõem sobre o sigilo profissional, que assegura proteção referente

às informações nos obtidas nos atendimentos. Mesquita e Deslandes (2010, p.666) destacam que, “para a equipe de saúde, o registro é material sigiloso, cujo acesso é facultado apenas aos profissionais de saúde envolvidos no atendimento e aos usuários a quem se referem”.

O prontuário único, instrumento utilizado pela equipe de saúde, pode ser considerado um grande desafio aos profissionais. Ele corresponde a um documento de construção coletivo, utilizado por trabalhadores da saúde que possuem formações, competências e atribuições profissionais diferenciadas. Torna-se um documento que agrega material de extrema relevância para fins de aprimoramento de ações e serviços, em consonância com as reais necessidades da população assistida.

Nos tempos atuais, os dados registrados em prontuários vêm sendo utilizados como documentos essenciais para a elucidação de questões jurídicas e éticas que envolvem os usuários, os serviços de saúde e seus profissionais. Assim, o prontuário constitui-se, também, em um instrumento de suporte para questões de caráter ético e legal.

Através de estudos sobre registro em saúde, Vasconcellos, Gribel e Moraes (2008, p.173) destacam a importância do prontuário único, e afirmam que o registro em prontuário “é considerado critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço de saúde, isto é, a qualidade dos registros efetuados é reflexo da qualidade da assistência prestada, sendo ponto chave para informar acerca do processo de trabalho”. Pela relevância do estudo, cabe destacar uma parte considerada preocupante diante dos resultados divulgados por estes pesquisadores¹, vinculados à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Os dados demonstram que “foi verificado registro muito ruim dos atributos sociais como situação familiar, escolaridade e ocupação nos prontuários de todos os 4 municípios.

1. “Foram analisados 2.291 registros de atendimentos realizados nos 4 municípios e seus prontuários.” (VASCONCELLOS, GRIBEL e MORAES, 2008, p.175)

Foram encontrados percentuais de presença extremamente baixos no registro da escolaridade (1,4%) e situação familiar (5,1%) no município 2” (VASCONCELLOS, GRIBEL e MORAES, 2008, p.178).

Vasconcellos, Gribel e Moraes (2008) avaliam que, para a manutenção de uma continuidade nos atendimentos prestados, há a necessidade de “arranjos dos serviços para que a atenção oferecida apresente uma sucessão ininterrupta de eventos, incluindo mecanismos que caracterizam o prosseguimento da assistência, como o registro em prontuários” (VASCONCELLOS, GRIBEL e MORAES, 2008, p.179). Destacam, ainda, que “somente dez estabelecimentos informaram possuir comissão de avaliação ou revisão de prontuário [...] (Idem, 2008, p.179). A avaliação de prontuários tem sido estabelecida nas unidades hospitalares de acordo com determinações institucionais e de Conselhos profissionais.

Em uma outra pesquisa² sobre a qualidade da avaliação dos prontuários, relacionada à incidência de eventos adversos nos hospitais, os pesquisadores Pavão et al. (2011), vinculados ao Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) e à Fiocruz, divulgaram outros dados preocupantes. Segundo os resultados, “a qualidade dos prontuários foi considerada ruim, no conjunto dos pacientes”. As variáveis que apresentaram maior proporção de ausência de informações foram: ‘Avaliação inicial da Enfermagem’ (63,9%) e ‘Avaliação do paciente pelo assistente social’ (80%). [...] (Idem, 2011, p.651). Na discussão, eles chegam à seguinte conclusão, com base dos dados destacados: “A variável que apresentou a pior avaliação nos 3 hospitais (muito ruim) foi ‘Avaliação do paciente pelo assistente social’ [...], demonstrando que existe uma provável deficiência na assistência social prestada ao paciente” (Ibidem, 2011, p.659).

2. Pesquisa realizada em 3 hospitais de ensino do Estado do Rio de Janeiro (PAVÃO et al., 2011).

É notável que, atualmente, há uma crescente preocupação analítica, no que se refere ao prontuário único e ao registro em saúde³, visto que a documentação gerada a partir do atendimento torna-se base relevante para se pensar os serviços inscritos na política de saúde e para se construir propostas que possam favorecer o Sistema Único de Saúde (SUS)⁴. O registro em prontuário único também é considerado subsídio para continuidade e verificação da trajetória de cada pessoa atendida nas unidades hospitalares, em relação a toda a assistência prestada.

Contudo, ao pensar no registro profissional das assistentes sociais na saúde, faz-se necessário destacar a trajetória histórica da profissão. Há um processo ao longo do desenvolvimento do Serviço Social e períodos de renovação; e em determinado momento, houve uma ausência de debates em torno da documentação elaborada por estes profissionais.

Quando se trata da análise em torno das informações registradas, Matos (2013) destaca que “os assistentes sociais, historicamente, registram as atividades. Essa ação, conhecida na profissão como documentação, foi intensamente discutida desde as origens até a ruptura com o conservadorismo” (MATOS, 2013, p.17). Porém, a partir da ruptura com o conservadorismo profissional, ocorreu, no Brasil, uma interrupção em publicações sobre a documentação relacionada ao Serviço

3. Gouveia et al. (2017), pertencentes à área de Enfermagem, realizaram, também, uma pesquisa sobre registros das equipes multiprofissionais, sendo o objeto de estudo os prontuários dos usuários em estágio avançado de doença oncológica.
4. A Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) disponibilizou o curso “Documentos Médicos”. O curso online é destinado aos médicos e estudantes de Medicina e definido na modalidade “qualificação profissional”. Sobre o conteúdo, encontra-se “a revisão da regulamentação ético-legal de prontuários médicos, incluindo o registro médico orientado por problemas e métodos SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) [...] a abordagem demonstra a importância da documentação, produzida pelos profissionais, para atenção à saúde no SUS. Disponível em www.unasus.gov.br.

Social. O autor ressalta também que, de fato, a maioria dos textos eram normativos e sem análise dos objetivos profissionais na perspectiva dos direitos dos usuários. Nota-se que a questão do registro do exercício profissional foi pouco tratada desde o processo de renovação do Serviço Social brasileiro.

Constata-se, a partir dos anos 2000, que os estudos e os textos sobre a documentação em Serviço Social ou registro profissional, em consonância com o Projeto Ético-Político progressista da profissão, começam a alcançar uma maior dimensão nas diversas áreas de atuação do Serviço Social. Pode-se destacar: Moreira e Alvarenga (2003), Fávero et al. (2003), Míoto (2001), Lima, Míoto e Del Prá (2007); Marconsin (2016) e Matos (2013).

Cabe ressaltar que, no cotidiano das instituições de saúde, observa-se uma tensão entre as assistentes sociais, referente às informações que devem ser registradas e sistematizadas em documentação única, como os prontuários na saúde. Por esta razão, em muitas equipes, o Serviço Social possui registro próprio sobre os atendimentos realizados aos usuários na saúde, cujo acesso é restrito às assistentes sociais. Este fato pode dificultar de alguma forma o entendimento, por parte das outras categorias profissionais, em relação à materialização do trabalho realizado pelo Serviço Social na equipe de saúde. Matos (2013) afirma que:

O registro escrito é uma objetivação do trabalho profissional e como tal é uma expressão do exercício profissional, logo reproduz na linguagem escrita aquilo que foi feito. Por isso, é impossível fazer essa discussão de forma autônoma dos objetivos profissionais. (MATOS, 2013, p. 110).

Além disso, é importante considerar a necessária realização de uma análise institucional, assim como da política de saúde vigente, para fins de compreensão ampliada da ausência de registros profissionais em documentos coletivos no âmbito da saúde pública.

Matos (2013, p.128-129) aponta alguns fatores importantes que podem se tornar elemento dificultador para o registro profissional em prontuário único. Seguem-se: o fluxo do trabalho nas instituições, que pode dificultar o acesso ao prontuário; e a rotina estruturada da equipe de Serviço Social, que pode gerar empecilho para o registro e a preocupação com o sigilo profissional. O autor destaca que no atual Código de Ética do/a assistente social, de 1993, “no seu parágrafo único, do artigo 16, ressalta: em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário” (Idem, 2013, p.133). Neste sentido, pensando nas necessidades e nos interesses reais da população atendida, é preciso que as assistentes sociais, com base em suas competências e atribuições, reconheçam em conjunto com suas equipes de Serviço Social, as informações fundamentais que cabem ou não em um prontuário único.

Assim, de acordo com Matos (2013), destaca-se que o relato profissional de assistentes sociais em prontuário único na oncologia, bem como nas demais esferas da saúde, não deve ser considerado como uma ação mecanicista e sem reflexões. É necessário que haja uma finalidade e razões pelas quais ele é orientado. Vale ressaltar que as escolhas feitas por assistentes sociais em seus espaços de atuação profissional não são neutras, visto que para além da dimensão operacional, elas também possuem caráter ético-político.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em vista do exposto sobre o prontuário único, para melhor entendê-lo, os profissionais de saúde precisam ter clareza em relação aos princípios do SUS. A integralidade do atendimento estabelece que os usuários dos serviços de saúde devem ser vistos como um todo integrado. Outro ponto fundamental é a compreensão da saúde em seu sentido mais abrangente,

isto é, a saúde como resultado das condições de alimentação, educação, renda, emprego, transporte, lazer, habitação etc. Portanto, a utilização de um documento único no registro em saúde pode contribuir para uma maior apropriação destas concepções por parte dos profissionais.

Desse modo, o prontuário único é realidade na atenção oncológica e os atendimentos precisam ser relatados neste documento. O Serviço Social é parte integrante do trabalho coletivo na saúde e as implicações abordadas neste campo, evidentemente, percorrem a atuação das assistentes sociais. Logo, é importante uma aproximação do Serviço Social com o debate em torno do registro em saúde e a problematização dele, tendo em vista a produção de conhecimentos e o exercício profissão em consonância com o Projeto Ético-Político da profissão diante da contemporaneidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Portaria nº 741/MS, de 19 de dezembro de 2005*. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. *Resolução nº 1.638, de julho de 2002*. Conselho Federal de Medicina — CFM. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social — CFESS. *Código de ética profissional dos assistentes sociais*. Brasília, DF: CFESS, 1993.

BRASIL. *Portaria nº 40/SAS/MS, de 30 de dezembro de 1992*. Brasília, DF, 1992.

FÁVERO, E. T. O estudo social: fundamentos e particularidades de sua construção na área judiciária. In: CFESS (Org.). *O estudo social em perícias, laudos e pareceres técnicos: contribuição ao debate no judiciário, no penitenciário e na Previdência Social*. São Paulo: CFESS/Cortez, 2003.

GOUVEIA, P. B. et al. Registros da equipe multiprofissional sobre o acompanhamento de pacientes em estágio avançado de doença oncológica. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v.38, n.2, p.175-184, julho/dezembro. 2017. Disponível em <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminario/issue/view/1418>. Acesso em: 16 abr. 2019.

LIMA, C. S. de.; MIOTO, R. C. T; DAL PRÁ, K. R. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. *Revista Virtual Textos & Contextos*, n.7, julho. 2007. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/1048>. Acesso em: 30 mar. 2019.

MARCONSIN, C. Documentação em Serviço Social: debatendo a concepção burocrática e rotineira. In: FORTI, V. et al. (Org.). *Serviço Social: temas, textos e contextos*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

- MATOS, M. C. *Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional*. São Paulo: Cortez, 2013.
- MESQUITA, A. M. O.; DESLANDES, S. F. A construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde. São Paulo: *Saúde e Sociedade/USP*, n.19, 2010.
- MIOTO, R. C. T. Perícia social: proposta de um percurso operativo. *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, n.67, 2001.
- MOREIRA, M. C.; ALVARENGA, R. F. C. O parecer social: instrumento de viabilidade de direitos (relato de experiência). In: CFESS (Org.) *O estudo social em perícias, laudos e pareceres técnicos: contribuição ao debate no judiciário, no penitenciário e na Previdência Social*. São Paulo: CFESS/Cortez, 2003.
- MUNCK, S. et al. Textos de Apoio em Registro de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, *Série Trabalho e Formação em Saúde*, v.1, 2005.
- PAVÃO, A. L. B. et al. Estudos de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 14, n.4, 2011. Disponível em: <https://scielosp.org/toc/rbepid/2011.v14n4/>. Acesso em: 15 abr. 2019.
- VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. Registro em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup. 1:S173-S182, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/21.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.



**ONCOLOGIA E
DIREITOS SOCIAIS NA
CONTEMPORANEIDADE:**
desafios para a atuação
de assistentes sociais

Laura Freitas Oliveira

INTRODUÇÃO

O presente texto traz como temática a realidade enfrentada pelo público que tem acessado o tratamento em uma unidade de atenção oncológica do Sistema Único de Saúde (SUS) situada no município do Rio de Janeiro. O debate leva em consideração o contexto atual de descaso quase absoluto quanto à pobreza, verificado nos últimos tempos, em um processo que passa do seu enfrentamento a partir das “políticas pobres para pobres”, como se propunha nos governos petistas, a uma profunda retração através do aumento dos níveis de sucateamento das políticas sociais, seja pelo desfinanciamento, seja pelo amadorismo na condução das políticas e descontinuidade na gestão, em suas diversas instâncias. Este quadro, somado à natureza do câncer, caracterizado como um problema de saúde pública que acarreta grandes repercussões à vida dos(as) usuários(as) e seus familiares, como será visto, se agrava com a pandemia de COVID-19.

Estes são alguns dos elementos que serão abordados e rebatem diretamente no cotidiano cotidianamente dos(as) profissionais de saúde e, especialmente, dos(as) assistentes sociais que atuam na área oncológica.

APONTAMENTOS SOBRE OS RECENTES RETROCESSOS NO CAMPO DOS DIREITOS SOCIAIS

Opta-se por iniciar a discussão a partir do debate sobre a “questão social”¹, que apresenta novas expressões, como o aumento da pobreza e do desemprego, a crescente precarização das condições e relações de trabalho, parte de um processo que se inicia no final dos anos 1970. Este marco temporal é definido nos contornos do esgotamento do que Mandel (1982) denomina “longa onda expansiva do capital”, quando se desenvolvem propostas de “políticas de ajuste estrutural”, alterando profundamente as relações entre o Estado e a sociedade. Um dos corolários deste processo é o retrocesso no que diz respeito às conquistas das classes subalternas² com referência aos direitos sociais, em decorrência

1. O presente texto tratará o conceito de “questão social” como o objeto de atuação do Serviço Social, em acordo com a compreensão de grande parte dos pesquisadores da área e dos organismos de pesquisa e representativos da categoria (ABEPSS, CFESS/CRESS). A “questão social” é definida aqui como o conjunto de expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado, ou seja, constitui-se como expressão das desigualdades sociais produzidas e reproduzidas na dinâmica contraditória das relações sociais, no conflito entre capital e trabalho (IAMAMOTO, 2005, p.27). São utilizadas aspas, ainda, concordando-se com Netto (2001), a fim de identificar a tergiversação conservadora presente na expressão e seu traço mistificador.
2. Optou-se por utilizar o conceito de classes subalternas, uma vez que pode ser considerado mais intenso que o de trabalhador, de acordo com Iamamoto (2008, p.188), ao refletir sobre a obra de Yazbek, pois incluiria, além dos trabalhadores, “desempregados e grupos sem condições de obtenção dos meios de subsistir, que são alvo prioritário da assistência social”, ou seja, inclui-se no conceito de subalternidade “a exploração, a dominação e a resistência, incluindo os dilemas da produção da subjetividade” (YAZBEK, 1993, p.68;70 *apud* IAMAMOTO, 2008, p.189).

das seguintes concepções: de que o excessivo gasto governamental com políticas sociais é nefasto para a economia; de que a regulação do mercado pelo Estado é negativa, pois desestimula o capitalista a investir; de que a proteção social pública é pernicioso para o desenvolvimento econômico; de que o Estado Social é paternalista e, por isto, moralmente condenável por incentivar a ociosidade e dependência, entre outros (PEREIRA, 2001, p.36-37). É a partir desta lógica que se desenvolvem as políticas neoliberais como proposta de revitalização do capitalismo avançado que se traduziram, no que diz respeito à América Latina, em uma

[...] maior abertura da economia para o exterior em nome da maior competitividade nas atividades produtivas; racionalização da presença do Estado na economia, liberando o mercado, os preços e as atividades produtivas; estabilização monetária, como meio de controle dos processos inflacionários; e exigência de redução da dívida pública, com elevados ônus para as políticas sociais. (IAMAMOTO, 2008, p.146).

A defesa de um “Estado mínimo” é apresentada por Netto (1996) como uma das transformações societárias no capitalismo tardio, caracterizando-se por mudanças no plano político, que envolvem uma desqualificação do Estado como parte da proposta neoliberal, na busca por um “Estado máximo para o capital” (NETTO, 1993, p.81). Quanto a este processo, vale ressaltar que a ideia de Estado mínimo não significa, porém, necessariamente, que todas as políticas públicas em todos os momentos sejam subfinanciadas. É possível que eventualmente alguns programas tenham altas cifras de investimento público, como, por exemplo, o Programa Universidade para Todos (ProUni), e mesmo investimentos na alta complexidade do SUS, caso da oncologia. Isto não quer dizer, porém, que estas políticas sejam eficazes no sentido de garantir alterações substanciais na condição de vida das classes subalternas.

Importante também ressaltar que estes investimentos são, via de regra, caracterizados pelo envolvimento do setor financeiro na execução das políticas em questão, como parte do processo de implementação da financeirização das políticas públicas. Também a forma como se dá o movimento das políticas compensatórias passa obrigatoriamente pelo setor bancário, implicando em uma movimentação do capital rentista como fator importante deste processo. A título de exemplo, em atendimento ambulatorial a uma usuária, verificou-se que seu benefício previdenciário de auxílio-doença, atualmente denominado benefício por incapacidade temporária, estava sendo depositado em um determinado banco, em conta criada para tal fim³, porém incidia-se taxaço pela manutenção da mesma, cobrança ilegal que outros usuários podem sofrer sem nem mesmo notarem.

Concorda-se aqui com Siqueira (2011, p.229), ao afirmar:

as formas de intervenção social sobre as manifestações da ‘questão social’ que apontam a ‘diminuir a pobreza’ sem alterar em absoluto o processo e/ou volume da acumulação capitalista, não passam de paliativos pontuais, mesmo que necessários no contexto capitalista, para amenizar a pobreza, sem impactar nos fundamentos que a geram.

3. Ao agendar a perícia para solicitação de auxílio-doença, são apresentadas, no próprio site do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ou no aplicativo “Meu INSS”, as agências bancárias para realização do pagamento do benefício. Assim, o beneficiário deve, neste momento, escolher entre estas para concluir o agendamento, ainda que já possua conta em outra agência bancária. É bom lembrar que, desde 2020 o pagamento é realizado por meio de 6 bancos privados — Santander, Mercantil do Brasil, Itaú, Agibank, BMG e Crefisa — que venceram o leilão que transfere aos mesmos o direito de administração da folha de pagamento dos benefícios concedidos entre 2020 e 2024. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2019/11/seis-bancos-privados-farao-pagamentos-de-beneficios-do-inss-entre-2020-e-2024.shtml>. Acesso em 10 de março 2021.

No decorrer das décadas de 1980 e sobretudo em 1990, década denominada por Antunes (2005, p.3; grifos no original) como da “*desertificação social e política neoliberal*”, verificou-se, no Brasil, a consolidação de um ideário marcado pela submissão e alinhamento das políticas econômicas aos ditames do Fundo Monetário Internacional (FMI). Isto significou o desmonte das promessas da década de 1980, quando, com o fim da ditadura e a construção da “Constituição Cidadã”, que incorporou importantes demandas das classes subalternas, um horizonte marcado pela defesa dos seus interesses parecia se afirmar.

A primeira década dos anos 2000 trazia consigo, a partir da eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, expectativas relativas ao avanço dos direitos dos trabalhadores que foram frustradas pela permanência do projeto dos governos anteriores. Deste modo, tanto os governos Lula da Silva como o que se sucede, de Dilma Rousseff, acabam por reforçar em boa medida a perspectiva neoliberal enquanto política de governo, mesmo que tenham assumido posturas que garantissem alguns avanços em termos de políticas sociais. É inegável que nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT) assiste-se a um inédito investimento estatal no combate à pobreza, com fortalecimento de benefícios e programas de transferência de renda — como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Programa Bolsa Família (PBF) —, um investimento que revela, nos termos de Behring (2008), um expressivo “choque de gestão”. Importante ressaltar, porém, que o projeto macroeconômico dos governos do PT (2003-2016), seguia lógica semelhante ao programa de Governo “Avança, Brasil”, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), consolidando-se, assim, o Plano Diretor da Reforma do Estado, proposto em 1995, como um “documento orientador de períodos” (BEHRING, 2008). Sobre o assunto, Behring, Cislighi e Souza (2020, p.103) destacam que “mesmo naqueles 13 anos (2003-2015), diferente dos laudatórios discursos sobre um suposto neodesenvolvimentismo e uma mítica ‘nova classe média’, não ultrapassamos uma espécie de neoliberalismo de cooptação (CISLAGHI, 2020)”.

No período em questão, as políticas e programas de combate à pobreza foram implantados a partir do receituário das agências “multilaterais”, tendo como foco o alívio da pobreza, porém redirecionam o gasto social para o setor privado, como bem demonstra Mauriel (2011, p.268). Além disso, seguem o padrão das políticas sociais brasileiras de atenuar os conflitos, ao mesmo tempo em que consolidam as estruturas de poder existentes, de acordo com a mesma autora (2011, p.270). Com um formato típico do que preconizavam as agências de fomento internacionais, ou seja, pautadas na focalização, na descentralização e na privatização, voltava-se, ainda, à perspectiva de “intitlamento” e “empoderamento” de agentes sociais, que seriam os executores dos serviços sociais, tendo no Estado um mero agente indutor de políticas sociais (MAURIEL, 2011, p.277; 279-280).

Sendo assim, ao contrário de leituras romantizadas dos anos de governo do PT, compreende-se que foi um período, ainda, de alinhamento com as recomendações dos organismos internacionais, em que se reforçou a implementação do ideário neoliberal no Brasil. Toda esta estrutura envolve, portanto, uma forma de lidar com a pobreza caracterizada por “políticas pobres para os pobres” (FREIRE e CORTES, 2020, p.46-47). Isto significa, ao menos no âmbito das políticas sociais, que a pobreza ganha lugar de destaque na sua elaboração e efetivação, em lugar do trabalhador como protagonista. Neste sentido, importa ainda considerar a relação trabalho versus pobreza no contexto atual, tomando o período mais recente, a partir dos governos de Temer e Bolsonaro.

Em meio a estes retrocessos vivenciou-se, no período mais recente, um processo de destituição de um governo cujo discurso — apesar de limitar-se a este em diversos aspectos como visto —, se apresentava progressista e sintonizado com os interesses dos trabalhadores, e a tomada de poder por representantes mais abertamente vinculados aos interesses do capitalismo internacional dominante (OLIVEIRA, SILVA e MARTINS, 2016, p.3). A este processo seguiu-se a eleição de um

governo com uma plataforma claramente vinculada aos interesses do grande capital bancário/financeiro — um exemplo é a contrarreforma da Previdência, denominada pelo governo atual “Nova Previdência”, que traz como uma de suas grandes propostas a introdução formal do modelo de capitalização⁴ — estrangeiro, frustrando, inclusive, em determinados momentos, os planos dos apoiadores ruralistas, ao aprovar, por exemplo, a derrubada das tarifas de importação do leite em pó europeu no princípio do ano de 2019.

Ao tratar a temática da pobreza, não é possível abster-se da menção ao dramático quadro que se apresenta com as atuais formas de exploração do trabalho, muito bem apresentadas por Antunes (2018). O autor destaca que floresce nos últimos tempos uma nova modalidade de trabalho: o escravo digital. Segundo o mesmo, em acordo com sua já conhecida tese, a era digital está longe de representar um fim do trabalho, mas traduz-se em um “*crescimento exponencial do novo proletariado de serviços*” — o *escravo digital* (ANTUNES, 2018, p.30, grifos no original), processo que se soma aos já conhecidos terceirização, informalidade e flexibilidade que “se tornaram fontes inseparáveis do léxico da empresa corporativa” (ANTUNES, 2018, p.32). O ator refere-se às formas mais recentes de trabalho, que de modo algum devem ser tomadas como

-
4. Granemann (2012, p.254), em um texto primoroso sobre a temática, afirma: “É, precisamente, a gigantesca capacidade ‘econômica’ da política previdenciária de acumular recursos que faz dela uma alternativa e um instrumento para o enfrentamento das crises do capital e não o contrário; dito de modo diverso, não é porque está em crise que a política social previdenciária sofre tantos ataques; é sua exuberância acumulativa de recursos, sua possibilidade de largo prazo de mobilizar extensas quantidades de dinheiro que faz dela uma importante saída para o capital e que não deve estar — do ponto de vista do grande capital e de seu Estado — subordinada ao trabalho sob a forma de repartição solidária da classe trabalhadora e como elemento potencial para a formação da consciência de classe para si”.

sinônimo de emprego, marcadas pelo extremo controle, ausência de contratualização e proteções trabalhistas, além de remunerações muito baixas, precarizando as condições de vida daqueles que ainda conseguem encontrar nestes tipos de trabalho meios de sobrevivência. Como agravante, há, ainda, os milhões que, nos últimos anos e marcadamente a partir da pandemia de COVID-19, no Brasil, enfrentam situação de miséria, quadro retratado nos números apresentados em pesquisa recente⁵ que revela que 19,1 milhões de pessoas passavam fome no final de 2020 (equivalente a 9% da população brasileira).

Outro ponto a ser destacado, sobretudo nesta página tão obscura da história da sociedade atual, fundamentalmente vinculado à própria lógica capitalista, diz respeito ao acionamento do Estado ou do aparelho estatal, se assim preferir, em socorro ao grande capital, em detrimento da massa pauperizada. Este processo é muito bem ilustrado ao tomar as cifras disponibilizadas como ajuda aos grandes bancos no período de pandemia, para falar apenas do Brasil. No início da pandemia no país, ainda em março de 2020, por exemplo, o Banco Central anunciou a disponibilidade de R\$ 1,216 trilhão para os bancos brasileiros, valor equivalente a 16,7% do Produto Interno Bruto (PIB), sob a justificativa de combate aos efeitos negativos da epidemia de coronavírus sobre o sistema financeiro⁶. Além disso, chamou a atenção o aumento

5. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil. Disponível em: http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf. Acesso em 28 de abril de 2021.

6. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/estadao-conteudo/2020/03/23/com-crise-bc-ja-anunciou-r-12-trilhao-em-recursos-para-bancos.htm>. Acesso em 23 de janeiro de 2021. Dowbor (2020, p.114) apresenta também o seguinte dado: “Se vocês consultarem o site do Tesouro Nacional vão constatar que o governo tem transferido em juros, essencialmente para bancos e outros aplicadores financeiros, entre R\$ 300 e 400 bilhões por ano, dinheiro que precisamente deixou de ir para educação, segurança e o SUS”.

das fortunas dos maiores bilionários do Brasil e do mundo durante a pandemia, e o aprofundamento da desigualdade.

Por outro lado, somente em abril de 2020 foi apresentado um auxílio voltado aos Microempreendedores Individuais (MEIs) e população de baixa renda, o Auxílio Emergencial, com um valor inicial de R\$ 600,00, 3 vezes maior que o proposto pelo governo inicialmente. O valor do auxílio no Brasil caiu pela metade a partir de certo período de recebimento, variável de acordo com a data de início do acesso, e para 2021 os valores, consideravelmente reduzidos, com início de pagamento apenas a partir do mês de abril, teve previsão de apenas 7 parcelas (pagamento até outubro/2021). Além disso, através da Medida Provisória (MP) 927/2020, vigente de março a julho de 2020, trabalhadores(as) sofreram com medidas ainda mais restritivas de direitos como, por exemplo: o teletrabalho; a antecipação de férias individuais; a determinação da concessão de férias coletivas; o aproveitamento e a antecipação de feriados; o banco de horas; a suspensão de exigências administrativas em segurança e saúde no trabalho; o direcionamento do trabalhador para qualificação (com suspensão do contrato de trabalho pelo prazo de até 4 meses); e o diferimento do recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS).

A PARTICULARIDADE DO ADOECIMENTO POR CÂNCER E O ACESSO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO NO SUS

O Brasil vivencia, nos últimos tempos, os processos de transição demográfica — envelhecimento da população e maior expectativa de vida — e epidemiológica, em que o perfil de morbidade e mortalidade passa por um processo de transição, com uma incidência crescente de agravos por doenças crônicas não transmissíveis, destacando-se entre elas o câncer. O câncer configura-se como a segunda causa de mortalidade geral no

país (com dados brutos de 232.030 óbitos no ano de 2019), atrás apenas das doenças cardiovasculares⁷, destacando-se que a estimativa para o Brasil, para o ano de 2020, apontava a ocorrência de cerca de 625.370 casos novos de câncer (INCA, 2019). Tal incidência e as altas taxas de mortalidade somam-se à sua complexidade, uma vez que abrange mais de 100 diferentes tipos de “doenças malignas que têm em comum o crescimento desordenado de células, que podem invadir tecidos adjacentes ou órgãos a distância e dificultam o acesso aos meios necessários para sua detecção precoce” (INCA, 2021, s.p.). Os tipos de tratamento variam, de modo geral, entre cirurgia, radioterapia, quimioterapia, transplante de medula óssea e imunoterapia, conjugados ou não, e requerem do(a) usuário(a) um alto grau de adesão. Deste modo, a continuidade do tratamento é dificultada pela alta frequência ao hospital e, em alguns casos, internações prolongadas. São indiscutíveis, assim, os impactos do câncer na vida do paciente e de suas famílias, em toda a sua trajetória, desde a confirmação do diagnóstico — muitas vezes demorada — até a chegada ao local onde será realizado este tratamento. Verifica-se, portanto, o difícil e muitas vezes longo caminho destes sujeitos desde os primeiros sintomas, passando pela confirmação do diagnóstico até a chegada à alta complexidade no SUS. Tal processo, em grande parte das vezes, inviabiliza a realização de tratamentos curativos, devido ao estadiamento (referência TNM⁸) avançado da doença. Este quadro também sofreu um agravamento com a pandemia, uma vez que, desde o início



7. Importante ressaltar que estes dados desconsideram a pandemia de COVID-19, cujos números de óbitos no Brasil somaram 194.949 até o final de 2020, e, no ano seguinte, chegaram a 412.880.
8. O TNM é o sistema de Classificação dos Tumores Malignos e é utilizado para avaliar a extensão da doença e determina todo o planejamento terapêutico e indica o prognóstico do caso, ou seja, o seu estadiamento (INCA, 2016).

do ano de 2020, reduziu-se drasticamente o número de diagnósticos⁹ com a limitação de vagas para exames, a fim de evitar aglomerações, apenas para apresentar um exemplo. Os reflexos desta dinâmica têm sido sentidos também no cotidiano de trabalho, uma vez que os(as) usuários(as) se viram impedidos, ainda em decorrência da realidade pandêmica, de acessar direitos, devido ao fechamento de postos de atendimentos por um determinado período, como foi o caso do passe livre em meados de 2020¹⁰. Além disso, a própria necessidade de ingressar em transportes públicos em geral lotados para acessar o tratamento em meio à pandemia, já representa um grave risco a esta população, uma vez que a pessoa com câncer é parte do grupo de risco para COVID-19, sobretudo quando em curso de radioterapia e quimioterapia, em uso de medicamentos que reduzem a imunidade, ou nos 30 dias após a realização de procedimentos cirúrgicos¹¹.

-
9. As sociedades brasileiras de Patologia e Cirurgia Oncológica calculam que, apenas entre março e maio de 2020, 50 mil diagnósticos deixaram de ser feitos no Brasil. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/cancer-a-luta-nao-pode-parar-com-a-pandemia/>. Acesso em 17 de março de 2021. Estudos futuros poderão demonstrar, porém, o impacto da pandemia no aumento da mortalidade por outras causas, como o câncer e doenças cardiovasculares, em decorrência da crise sanitária instalada no período.
 10. Uma vez que os postos de cadastramento se encontravam fechados, os(as) usuários(as) foram orientados(as) pela Secretaria de Estado de Transportes (Setrans) a simplesmente apresentarem o formulário específico para solicitação de vale social para trem, barca, metrô ou ônibus intermunicipal, preenchido pelo médico do Instituto, aos condutores ou seguranças ao ingressar neste modais para acesso ao tratamento, acesso que podia ser inviabilizado a depender da “boa vontade” do responsável, não havendo garantias para acesso ao transporte.
 11. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/videos/o-paciente-com-cancer-esta-no-grupo-de-risco-para-covid-19>. Acesso em 14 de agosto de 2021.

Entre o aparecimento dos primeiros sintomas e o ingresso na rede de atenção à saúde até o início do tratamento¹², muitas dificuldades podem ser encontradas e a demora pode ser grande. Estudo realizado por Vidal (2017) demonstrou que a média temporal em dias de mulheres com câncer de colo do útero em tratamento no SUS, entre o ingresso na alta complexidade e o início do tratamento na unidade de referência, era de 74 dias, ultrapassando o período determinado por lei. A Lei nº 12.732 de 2012 determina o tempo máximo de 60 dias para início do primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna. E ainda a Lei nº 13.896, de 2019, assegura aos usuários do SUS com suspeita de câncer o direito à realização de exames necessários para a confirmação do diagnóstico no prazo máximo de 30 dias, reforçando o reconhecimento formal da importância de um atendimento, diagnóstico e início do tratamento o mais precoce possível, como demanda a natureza da doença.

A organização da atenção oncológica no Brasil é pautada sobretudo pela Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado e 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 SUS. A partir de ambas e seguindo a lógica organizativa do SUS, foi desenvolvido

12. Na particularidade do SUS, na maioria dos casos, a “porta de entrada” da regulação em saúde é a rede de atenção básica. Após a suspeita do câncer a partir de atendimento ambulatorial na unidade básica de saúde, é feito o cadastro do usuário na Central de Regulação Única de Leitos — CRU (sistema de regulação de vagas no município) para referência ao nível secundário (média complexidade), onde serão realizados exames diagnósticos e tratamento de lesões precursoras (lesão inicial). Caso haja lesão invasiva, será realizado agendamento de consulta oncológica em unidades de atenção terciária (alta complexidade), através do Sistema Estadual de Regulação (SER).

em 2013 o Plano de Atenção Oncológica no Estado do Rio de Janeiro, revisado a cada 5 anos, tendo, portanto, vigência atual a de 2017, cujas diretrizes e planejamento estão definidas até o final do ano de 2021. O plano “é o instrumento balizador do planejamento da atenção oncológica [...] no Estado do Rio de Janeiro (RJ), de acordo com os eixos, objetivos estratégicos, ações e metas prioritárias definidas” (SES-RJ, 2017, p.7). São apresentadas no documento diversas propostas de investimento na Atenção Básica, considerada “porta de entrada e gestora do cuidado no SUS” (SES-RJ, 2017, p.27) e lócus singular para a prevenção do câncer e o seu controle. Deste modo, privilegia-se seus serviços e o investimento em seus recursos, uma vez que tende a ser desenvolvida com grande descentralização territorial, o que permite uma maior cobertura e acesso à população em sua área. A rede de Atenção Oncológica no Estado do RJ é composta por 25 Cacons/Unacons (Centros e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia), além de 3 serviços especializados de radioterapia, hospitais de cirurgia oncológica, distribuídos em 12 municípios de 8 das 9 Regiões de Saúde do Estado. Assim, o(a) usuário(a) pode ser encaminhado para uma dessas unidades ou centros, sendo considerada a sua área de moradia para a definição do local de tratamento. Não se pode desconsiderar, porém, que, na atualidade, os territórios são marcados pela violência endêmica que marca as áreas dominadas pelo tráfico de drogas ou pela presença de milícias que, como destaca Cardoso (2020, p.229), impõem uma sociabilidade violenta, que seria a “negação da sociabilidade”, originada na lógica da alteridade opaca no âmbito das interações cotidianas típicas de sociedades como a nossa, desiguais e violentas.

O Plano estadual propõe uma maior integração entre esta Atenção Básica e a Atenção Especializada, considerada um dos grandes gargalos do SUS. No cotidiano institucional, é possível verificar que, apenas quando surgem demandas muito específicas da Atenção Básica, como por exemplo, a necessidade de acompanhamento na residência do(a)

usuário(a), é que a equipe — são usualmente assistentes sociais ou psicólogos(as) que atentam ao contato com a rede da atenção básica da área — realiza a contrarreferência, porém o acompanhamento não chega a ser exatamente conjunto, mas paralelo na maioria dos casos. Este é então um grande desafio a ser enfrentado para que se estabeleça uma lógica integrada de fato na assistência ao(à) usuário(a).

À GUIA DE CONCLUSÃO: IMPACTOS DOS RECENTES RETROCESSOS NO COTIDIANO DE TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA ONCOLOGIA

Alguns desafios concernentes à atuação de assistentes sociais na área oncológica foram apontados, inclusive através de exemplos, no decorrer do presente texto, restando trazer sinalizações finais, sem a pretensão de contemplar todos os aspectos que impactam no cotidiano de trabalho destes(as) profissionais na área oncológica, dados os necessários limites estabelecidos para a presente publicação.

Os entraves enfrentados no dia a dia do trabalho em equipes de Serviço Social na saúde, relacionam-se, ainda, ao número insuficiente de profissionais para atender a todos(as) os(as) usuários(as) que realizam tratamento nas unidades, em decorrência da ausência de concursos públicos e substituição de aposentadorias. Esta característica acaba reforçando uma atuação pontual sobre demandas que chegam ao setor muitas vezes por meio de encaminhamentos equivocados de outras categorias profissionais, uma vez que fica inviabilizada a construção de rotinas que garantam a busca ativa de casos que demandariam um

acompanhamento¹³. Além disso, atividades essenciais como o ensino e a pesquisa, a partir da inserção em programas de residência multiprofissional e/ou estágio curricular, em prol da formação continuada dos(as) profissionais das equipes e da construção coletiva de conhecimentos na área, ficam profundamente prejudicadas, uma vez que as próprias instituições empregadoras e os limites impostos pelas demandas da assistência, somado ao reduzido número de profissionais tornam, via de regra, a assistência direta ao usuário a principal e, muitas vezes, o único foco da atuação profissional.

Costa (2006) apresenta 5 ordens de demandas concernentes ao exercício profissional no campo da saúde: as de natureza assistencial/emergencial; de natureza socioeducativa; relacionadas a planejamento, assessoria e gestão; referentes à mobilização, participação e controle social; e voltadas à investigação, sistematização e formação. As primeiras, via de regra, ocupam a maior parte do tempo de trabalho, e no caso em pauta, envolvem atividades voltadas à divulgação, orientação e encaminhamentos referentes aos direitos sociais dos(as) usuários(as), rotinas institucionais, além do constante mapeamento e contato com a rede socioassistencial, entre outras. Boa parte das equipes nas unidades de saúde organizam-se, ainda, por plantões¹⁴, o que favorece, como lembra Soares (2020, p.197 — grifos no original), “mecanismos e fundamentos da racionalidade do SUS que primam pela *contenção da demanda e a emergencialização da vida*”. A defesa da atuação como

-
13. Atividades socioeducativas em grupo, que apresentam grande potencial para o acesso a um maior número de pessoas, ainda que numa perspectiva de apresentação do trabalho do Serviço Social na unidade, com a pandemia, não puderam ser realizadas, reduzindo ainda mais a cobertura de atendimento.
 14. Pesquisa realizada por Soares (2020) indicava que 78,3% dos assistentes sociais que trabalhavam em unidades hospitalares e maternidades, atuavam em regime de plantão.

diaristas justifica-se, sobretudo, por: facilitar o seguimento de situações que demandam acompanhamento por dias ou semanas; proporcionar a construção de referências tanto para a equipe multiprofissional quanto para o(a) usuário(a); permitir uma visão menos fragmentada e imediata do cotidiano (SOARES, 2020, p.199). Esta organização do serviço possibilita, ainda, a realização de reuniões periódicas para discussões de casos, questões institucionais e planejamento das ações, por exemplo, que constituiriam profícuo espaço conjunto de trocas e reflexões que podem repercutir na prática profissional e auxiliar na consolidação do projeto de intervenção.

Nos últimos tempos, com o aumento do desemprego e a crescente retração das políticas sociais, o terceiro setor também ganha relevo na busca por alternativas para a manutenção da sobrevivência dos(as) usuários(as). Deste modo, a avaliação e encaminhamentos para entidades vinculadas a estes espaços, para suporte através do fornecimento de bolsas de alimentos, fraldas descartáveis e mesmo apoio financeiro para acesso ao tratamento, ganhou destaque nos últimos anos, ainda que a cobertura destas necessidades se reduza a cada ano, também em decorrência do aprofundamento da crise econômica do país. Talvez seja possível afirmar, como Mauriel (2011), que também no campo do denominado terceiro setor há uma retração que acompanha a queda das condições de vida da população em geral, de forma diretamente proporcional, nos momentos de recessão econômica.

É possível destacar, enfim, que a ausência de alternativas no campo das políticas sociais, e mesmo junto ao terceiro setor, que permitam o acesso ao mínimo para sobrevivência de muitos(as) dos(as) usuários(as) dos serviços de atenção oncológica é um desafio cada vez maior no cotidiano profissional.

A profissão se caracteriza, nas condições atuais de produção e reprodução da vida e da sociedade, por atuar “sobre todas as necessidades humanas de uma dada classe social, ou seja, aquela formada pelos

grupos subalternos, pauperizados ou excluídos dos bens, serviços e riquezas dessa mesma sociedade”, e que, assim, atua “basicamente na trama das relações de conquista e apropriação de serviços e poder pela população excluída e dominada” (CARVALHO e NETTO, 2007, p.52). É imperativo, portanto, que o(a) assistente social compreenda as mediações dos processos que informam as demandas das atividades no cotidiano profissional, sobretudo ao atuar como “mediador privilegiado” (CARVALHO e NETTO, 2007, p. 51) na relação entre a população usuária e o Estado.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo, 2018.
- ANTUNES, R. *A desertificação neoliberal no Brasil (Collor, FHC e Lula)*. Campinas: Autores Associados, 2005.
- BEHRING, E. R. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2008.
- BEHRING, E. R.; CISLAGHI, J. F.; SOUZA, G. Ultraneoliberalismo e Bolsonaro: impactos sobre o orçamento público e a política social. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de; FREIRE, S. de M. (Org.). *Políticas sociais e ultraneoliberalismo*. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.
- CARDOSO, A. M. *À beira do abismo: uma sociologia política do bolsonarismo*. Rio de Janeiro: Amazon, 2020.
- CARVALHO, M. do C. B. de; NETTO, J. P. *Cotidiano: conhecimento e crítica*. São Paulo: Cortez, 2007.
- COSTA, M. D. H. da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.
- DOWBOR, L. Além do coronavírus. In: TOSTES, A.; MELO FILHO, H. (Org.). *Quarentena: reflexões sobre a pandemia e depois*. Bauru: Canal 6, 2020.
- FREIRE, S. de M.; CORTES, T. L. Políticas de combate à pobreza e avalanche ultraneoliberal: aportes para a reflexão. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de; FREIRE, S. de M. (Org.). *Políticas sociais e ultraneoliberalismo*. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

- GRANEMANN, S. Fundos de pensão e a metamorfose do salário em capital. In: SALVADOR, E. et al. *Financeirização, fundo público e política social*. São Paulo: Cortez, 2012.
- IAMAMOTO, M. V. *Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- IAMAMOTO, M. V. *O Serviço Social na Contemporaneidade*. São Paulo: Cortez, 2005.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER — INCA. *Estadiamento*. Disponível em: <https://www.Inca.gov.br/estadiamento>. Acesso em: 5 mai. 2022.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER — INCA. *Detecção precoce do câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2021.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER — INCA. *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
- MANDEL, E. *O capitalismo tardio*. São Paulo: Abril Cultural, 1982.
- MAURIEL, A. P. O. O financiamento do combate à pobreza no Brasil na era Lula. *Argumentum*, [S.l.], v.3, n.2, p.267-283, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/1382>. Acesso em: 1 mai. 2022.
- NETTO, J. P. Transformações societárias e serviço social: notas para uma análise prospectiva da profissão. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, n.50, 1996.
- NETTO, J. P. *Crise do socialismo e ofensiva neoliberal*. São Paulo: Cortez, 1993.
- OLIVEIRA, A. C. O. de; SILVA, K. Z.; MARTINS, S. Reformas Sociais e Serviço Social: o Banco Mundial na consolidação do conservadorismo. In: CONGRESSO DE ASSISTENTES SOCIAIS DO RIO DE JANEIRO, *Anais*. Rio de Janeiro: CRESS, 2016.

- PEREIRA, P. A. P. *Questão social, Serviço Social e direitos de cidadania*. Brasília, DF: Temporalis, n.3, 2001.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO — SES/RJ. *Plano Estadual de Atenção Oncológica*. Rio de Janeiro: maio de 2017.
- SIQUEIRA, L. Pobreza e Serviço Social: diferentes concepções e compromissos políticos. 374f. *Tese (Doutorado em Serviço Social)* — Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social, 2011.
- SOARES, R. C. *Contrarreforma no SUS e o serviço social*. Recife: Editora UFPE, 2020. Disponível em: <https://editora.ufpe.br/books/catalog/view/70/120/322>. Acesso em: 5 mai. 2022.
- VIDAL, M. L. B. Acesso ao tratamento de neoplasia maligna do colo do útero no SUS. 190f. *Tese (Doutorado em Ciências)* — Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, 2017.



RETROCESSOS, (DES)PROTEÇÃO SOCIAL E ADOCIMENTO POR CÂNCER:

notas sobre a
realidade brasileira

Tatiane Valéria Cardoso
dos Santos
Thiago de Oliveira Machado

INTRODUÇÃO

O presente capítulo é resultado de estudos e pesquisas dos autores e também das suas experiências no trabalho na área da oncologia. O cotidiano do trabalho como assistentes sociais possibilitou o acompanhamento de usuários em tratamento oncológico, em que observamos limitação ou não acesso à proteção social, ocasionando entraves para continuidade do tratamento.

A palavra câncer é utilizada para classificar um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos e podem provocar metástases. O adoecimento por câncer possui origem multicausal, englobando causas internas e externas ao organismo humano (BRASIL, 2012).

As causas externas estão relacionadas à exposição dos indivíduos aos fatores ambientais (agentes químicos, físicos e biológicos) que podem estar associadas à condição de vida de determinada população, ao trabalho, alimentação e ao consumo. Já as causas internas estão relacionadas a fatores genéticos pré-determinados e estão associadas à capacidade de cada organismo se defender de agentes externos (BRASIL, 2012).

Para o Brasil, estima-se para cada ano do triênio 2020-2022 a ocorrência de 625 mil novos casos de câncer, incluindo o de pele não melanoma que somam cerca de 177 mil casos (BRASIL, 2019). Atualmente o câncer é a segunda causa de mortalidade no Brasil, atrás apenas das doenças do aparelho cardiovascular e com perspectiva de expansão nos próximos anos, devido à transição demográfica em curso e a alteração no modo de vida da população (BRASIL, 2015).

Esta conjuntura de crescente aumento da incidência e da prevalência do câncer, associado ao aumento da mortalidade, tornaram-no um problema de saúde pública, demandando novas exigências aos serviços de saúde como também políticas públicas voltadas para sua prevenção e controle em todo Brasil. Do mesmo modo, o adoecimento

e tratamento, também exigirão proteção social ao usuário no momento de incapacidade para o trabalho. Estas assertivas tonaram-se emblemáticas visto que atravessamos, sobretudo no último quinquênio maiores questionamentos e processos de aprofundamento das contrarreformas dos direitos sociais, limitando e até mesmo impedindo a classe trabalhadora de acessar a devida proteção social.

TRABALHO E PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL

Tomando por centralidade o pensamento de Karl Marx (2013), compreende-se o trabalho como um processo em que há intrínseca relação do homem com a natureza, que age sobre ela, modificando-a conscientemente para alcançar um determinado objetivo. Assim, por “sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza” (Marx, 2013, p.211). Nesta perspectiva, pressupõe-se o trabalho como condição humana e que, a partir de sua ação, o homem desenvolve as potências contidas na natureza e, igualmente, também modificará a sua própria natureza.

Ao pensarmos o processo de trabalho como uma atividade direcionada a um fim, que postula a ação sobre o objeto e requer meios necessários de trabalho, compreende-se a teleologia como o seu marcador, idealizadora da vontade do homem, diferenciando-a do trabalho animal. É, portanto, a base do ser social e processo de satisfação das suas necessidades.

Na sociedade capitalista, o trabalho se realiza sob o comando do capital, processo chamado subsunção do trabalho real ao capital. O trabalhador que anteriormente possuía os meios de produção é expropriado deles, e para reproduzir-se é necessário vender a sua força de trabalho para o capitalista; esse processo não é uma escolha dele, é uma necessidade para se manter e sobreviver neste modo de produção.

A expropriação de uma classe por outra é maneira fundamental em que o capitalismo se opera. A divisão social do trabalho alterou completamente as formas de produção existentes anteriormente. A relação de compra e venda da força de trabalho é materializada nessa sociedade a partir de uma relação contratual, que será denominada emprego.

O emprego não é sinônimo de trabalho; trabalho como explicitado anteriormente é o processo de satisfação das necessidades humanas; e o emprego que surge como uma demanda do processo de industrialização é a forma monetarizada de mediar o trabalho abstrato¹. Essa relação contratual é uma relação desigual, e é essa desigualdade que fundamenta as relações de exploração entre capital e trabalho. O trabalhador é “livre”, porém essa liberdade é limitada. Para reproduzir-se deve estabelecer uma relação de trabalho, materializada em um contrato, em que as regras e condições são definidas pelo capitalista que possui os meios de produção (BOSCHETTI, 2012).

Segundo Motta (2007) a partir do pós-Segunda Guerra Mundial, sobretudo nos países centrais, o Estado passa a intermediar a relação entre capital/trabalho por ações assistenciais e avanço da legislação social no período conhecido como *Welfare State* (Estado de Bem-estar), reconhecendo os riscos advindos dessa correlação e implementando as primeiras ações assistenciais, com objetivo de oferecer cobertura aos trabalhadores nos casos de doença, invalidez, acidentes, desemprego, velhice e morte.

1. Há em Karl Marx uma diferença entre trabalho abstrato e trabalho concreto. O trabalho que cria valor de uso é o trabalho concreto (trabalho útil). A criação de valores de uso é uma condição necessária à existência de qualquer sociedade, isso significa que toda sociedade exigirá trabalho concreto de seus membros. Porém, quando refletimos quanto à Mercadoria observamos que ela não é apenas valor de uso. Ela possui também valor de troca (para ser trocada, precisa ser comprada). Assim, o trabalho concreto (trabalho útil) é reduzido à condição de trabalho em geral — o trabalho abstrato.

É necessário frisar que em sociedades de classes, as relações que estas estabelecem entre si, “[...] determinam diferentes possibilidades e restrições ao desenvolvimento da vida e conseqüentemente diferentes formas ou possibilidades de viver, adoecer e morrer” (ALBUQUERQUE e SILVA, 2014, p.960).

É neste período, também conhecido como “anos dourados” do capitalismo, marcado pela difusão do fordismo, enquanto modelo de organização industrial e social, e maior participação do Estado na criação de mecanismos de reprodução da força de trabalho, que é perceptível para a classe trabalhadora a melhoria nas suas condições de vida (MOTA, 2009).

As políticas de seguridade social vinculam-se diretamente às necessidades do capital, no que tange à desobrigação de parte dos custos de manutenção e reprodução da força de trabalho, principalmente em relação à concessão de salários indiretos² pelo Estado, a estabilização do movimento sindical e, também, através da eliminação dos obstáculos ao desenvolvimento da grande indústria capitalista.

Não obstante, nas últimas décadas do século XX, propriamente no início dos anos de 1970, o capitalismo enfrenta uma crise estrutural, período caracterizado por recessão, após um ciclo conhecido como “Era de ouro”, e a estratégia utilizada pelo capital para superar esta crise segundo Netto e Braz (2011) é articulada sobre um tripé: ideologia neoliberal, a reestruturação produtiva e a financeirização do capital.

Em relação à reestruturação produtiva ocorre o processo de heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora (ANTUNES, 2007). É notório o aprofundamento do desemprego,

2. O salário direto está relacionado à produção através da venda da força de trabalho, os salários indiretos são materializados pelas políticas sociais (MOTA, 2017).

a prevalência de vínculos empregatícios temporários, o aumento do processo de terceirização, o duplo emprego ou pluriemprego, sendo uma afronta direta aos direitos conquistados ao longo dos anos do *Welfare State*. Esta nova divisão social do trabalho, em conjunto com o avanço da ideologia neoliberal, incide diretamente sobre as conquistas sociais dos trabalhadores, mobilizando processos institucionais de desregulamentação por parte do Estado da relação entre capital e trabalho (MOTA, 2009).

Em consonância com a financeirização do capital, as políticas sociais que no período do *Welfare State* respondiam ao mandado do consumo em massa fordista através da circulação da moeda, resultado da luta da classe trabalhadora que resultou em melhoria nas condições de vida, neste período se tornam obsoletas. Sendo assim, a lógica das finanças se estende para a totalidade da vida social, requerendo políticas sociais mínimas por parte do Estado e redução dos direitos do trabalho, gerando transformação das políticas sociais públicas em serviços privados operados nos mercados bancários financeiros (GRANEMAN, 2007).

Essas tendências afetam diretamente a seguridade social que se constitui de forma diferenciada em cada país, devido às particularidades de sua formação sócio-histórica, da consolidação do sistema capitalista e da constituição das classes sociais. O desenvolvimento de sistemas de proteção social se estruturaram, sobretudo em relação à organização social do trabalho. No caso do Brasil, que apresenta características distintas dos países centrais, com o reconhecimento das necessidades da classe trabalhadora por parte do Estado e pela burguesia, se realizou de forma diferenciada.

DETERMINAÇÕES SOCIAIS DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO E (DES)PROTEÇÃO SOCIAL

O adoecimento por câncer possui repercussões físicas/clínicas, emocionais/subjetivas e sociais. As modalidades de tratamento oncológico³ tendem a ser desgastantes e invasivos, e agudiza-se quando este não se realiza em tempo oportuno e/ou mesmo quando os usuários não conseguem acessar a proteção social no momento do adoecimento (SILVA, 2010).

A proteção social, consoante à tradição marxista, que representa na sociedade capitalista uma forma de proteção gerida pelo Estado burguês e regida por leis e pactos interclassistas, abrange um caráter social, político e econômico. De acordo com Pereira (2013, p.637), a proteção social:

Possui um papel na produção e distribuição de bens e serviços públicos necessários à satisfação das necessidades humanas, sempre esteve, prioritariamente, a serviço da satisfação das necessidades do capital — em especial quando as forças que deveriam se opor a essa serventia encontram-se debilitadas.

Segundo Mota (2017) os sistemas de proteção social em todo mundo ocidental conformam um conjunto de políticas na área da previdência social, saúde e assistência social, que estão vinculadas diretamente com as necessidades do processo de assalariamento da classe trabalhadora na fase de acumulação capitalista. É importante ressaltar que mesmo com as conquistas normatizadas na Constituição Federal de 1988 (CF), na década de 1990 o projeto neoliberal adentrou no país estabelecendo

-
3. O tratamento do câncer pode ser feito por cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea. Em muitos casos, é necessário combinar mais de uma modalidade (INCA, 2019).

opções políticas e econômicas conservadoras, impondo a necessidade de ajustes e planos de estabilização para enfrentar a “crise” e impedindo de concretizar de forma plena os avanços estabelecidos na CF (BEHRING, 2008).

Neste contexto no Brasil e na América Latina, os organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial (BIRD) definiram as estratégias para reformas na proteção social mediante empréstimos financeiros, assessorias, consultorias, avaliação e monitoramento dos programas e políticas sociais implementadas (PASTORINI, 2010). As principais estratégias para as políticas sociais na década de 1990 estão baseadas no trinômio articulado da focalização, privatização e descentralização, conforme indica Behring (2009) trata-se de desuniversalizar e assistencializar as ações, combinando com cortes dos gastos sociais justificado pela busca do equilíbrio financeiro do setor público e promovendo uma política social residual, que atenda às necessidades quando estas não são solucionadas por meio do mercado, da comunidade e da família.

É necessário destacar que o sentido de condição de vida do trabalhador brasileiro possui peculiaridades que demonstram um histórico de exploração e retração de direitos sociais (SILVA, 2010), refletindo diretamente na condição de seu adoecimento. Portanto, “[...] a doença ocorre de modo diferente nas diferentes sociedades, nas diferentes classes e estratos de classes sociais, apesar das semelhanças biológicas entre os corpos dos seres humanos que as compõem” (ALBUQUERQUE e SILVA, 2014, p.962).

Em outro giro, o tratamento oncológico, ao colocar limites ao trabalho, expressa a necessidade do usuário em acessar a proteção social no momento de incapacidade. Entretanto, as transformações recentes na legislação trabalhista brasileira, tendo como recorte temporal os governos Michel Temer (2016-2018) e Jair Bolsonaro (2019-atual) e as

duras medidas adotadas contra os trabalhadores, bem como a celeridade da agenda de suas contrarreformas e degradação do trabalho (SANTOS e STAMPA, 2022) repercutem diretamente no acesso e manutenção do tratamento oncológico.

Notadamente porque a aprovação da Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017, a qual alterou vários dispositivos da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), da Lei nº 6.019/74 (trabalho temporário), da Lei nº 8.036/90 (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço — FGTS) e da Lei nº 8.212/91 (Seguridade Social e Plano de Custeio) cancelaram a disseminação da terceirização no Brasil e a intensificação da histórica precarização social do trabalho (SANTOS e STAMPA, 2022; 2019), expressando-se em entraves e constrangimentos no acesso aos direitos sociais, no claro processo de desconstrução da tela de proteção social do trabalho (BIAVASCHI, 2016, p.75).

Na prática, regulamentou-se a contratação dos serviços terceirizados no Brasil, liberando a terceirização de forma ilimitada, com a instituição do contrato de trabalho intermitente, parcial, teletrabalho e a prevalência do negociado sobre o legislado, com ampla diluição dos direitos reconhecidos e restrição do acesso dos trabalhadores à Justiça do Trabalho, entre outros aspectos (BRAGA, VILAÇA e BRANDÃO, 2017).

Decorridos mais de 4 anos da nova regulação trabalhista e 2 anos da previdenciária, que consolidaram um dos mais importantes retrocessos para o trabalho no país, e anunciadas como necessárias para a criação de novos postos de trabalho, o que se tem é a reprodução das taxas elevadíssimas de desigualdade social⁴ e do desemprego (SANTOS e STAMPA, 2022).

4. Conforme dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (IBGE, 2022). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>. Acesso e 10 de maio de 2022.

Ainda conforme Santos e Stampa (2022), a ocupação cresceu pela informalidade, reforçando a tendência de aumento da desregulamentação, precarização social do trabalho, ao conduzir a formas mais precárias de relações contratuais a partir das práticas da terceirização, da subocupação, do trabalho por conta própria, incentivado como trabalho autônomo e pela *pejotização*⁵, da ilegalidade/informalidade. Tão logo, há mais pessoas sem *carteira assinada* e por conta própria, que não têm garantias trabalhistas e escoam do acesso ao direito previdenciário para os benefícios da política socioassistencial.

No caso dos trabalhadores informais, que não são abrangidos pela previdência social pública, seja pela ausência de vínculo ou pela perda da qualidade de segurado, estar *por conta própria* representa perda ou redução do rendimento familiar. Além disso, o acesso à política pública de assistência social, direcionada a quem dela necessitar, no contexto atual é restrita às camadas mais empobrecidas da população, por ações e benefícios que possuem critérios (*ultra*)focalizados e rigorosos, cuja formatação não consegue prover os mínimos sociais.

Logo, há uma relação contraditória entre as políticas públicas de previdência social e da assistência social, o que Mota (2007) citando Boschetti concorda que a combinação:

[...] entre previdência — decorrente do exercício do trabalho — e assistência aos pobres inaptos para o trabalho pode parecer coerente e garantir proteção social universal nos países em que predomina ou predominou o *Welfare*, mas numa sociedade do trabalho precarizado ela deixa completamente a descoberto os pobres economicamente ativos, ou seja, os que têm trabalho, mas com renda insuficiente para garantir suas condições de vida. (MOTA, 2007, p.131).

5. Consiste na contratação de trabalhador pessoa física na condição de pessoa jurídica.

Isto posto, na atualidade brasileira a proteção social sofre um processo contínuo de “laborização e monetização, que exige o desmonte da cidadania social e redundando numa regulação antissocial e perversa, que mais pune do que protege (ou assiste) o trabalhador, em benefício do capital” (PEREIRA, 2013, p.650).

Esta situação repercute diretamente nos trabalhadores adoecidos por câncer, tanto na ausência da proteção por parte das políticas que formam o tripé da seguridade social, quanto porque não possuem recursos para acessá-las pela vida do mercado no processo de chamada “mercantilização da proteção social” (GRANEMANN, 2007).

Nesse sentido, a tendência da sociedade brasileira de historicamente resolver questões públicas na esfera privada, vem tornando a família, neste contexto de avanço do (ultra)neoliberalismo e retração das políticas sociais universais, talvez, “quase a única possibilidade real para os indivíduos proverem as suas necessidades, principalmente diante da inoperância ou mesmo ausência de mecanismos de proteção social” (ALENCAR, 2010, p.63). Na ausência de direitos sociais, os trabalhadores tendem a buscar na família os recursos e apoio para lidar com as situações adversas, dessa forma:

As mais diversas situações de precariedade social, desemprego, doença, velhice, encaradas como dramas da esfera privada, tenderam a ser solucionadas na família, como responsabilidade dos seus membros. Na maioria das vezes, a responsabilidade recai sobre as mulheres, tornando-as responsáveis pelo cuidado dos filhos menores, dos idosos, doentes e deficientes, sobrecarregando-a ainda mais, considerando-se que grande parte das famílias são chefiadas por mulheres. (ALENCAR, 2010, p.63-64).

Todavia, esta família que se torna a base de subsistência desses indivíduos sem proteção social, também é atingida por essas mudanças em

decorrência das crises, desemprego estrutural, precarização da vida, condições e relações de trabalho aviltantes e retração dos direitos sociais. Esta realidade nos coloca a refletir se a família nesta conjuntura tem condições efetivas de responder às necessidades dos indivíduos e funcionar como um anteparo social neste cenário adverso (ALENCAR, 2010).

Outro pilar de resposta às expressões da *questão social* e que teve crescimento exponencial com o avanço do ideário (ultra)neoliberal é o chamado terceiro setor. Para Wanderley (2012), o chamado terceiro setor no geral, de modo distorcido, consciente ou não, acaba se identificando ou se dizendo sinônimo da sociedade civil (primeiro setor — Estado; segundo setor — mercado; terceiro setor — sociedade civil).

Uma primeira constatação deriva exatamente da concepção de sociedade civil, que seria composta por um conjunto heterogêneo de atores sociais (incluindo necessariamente setores sociais, tanto conservadores quanto transformadores), que atuam em distintos espaços públicos e com meios específicos de articulação com as estruturas econômicas e políticas. A sociedade civil comporta escolas, igrejas, associações, sindicatos, movimentos sociais, mídia/imprensa, ONGs, fundações etc. Portanto, o chamado terceiro setor é apenas um componente das entidades privadas que o constituem.

Na mesma linha, Dagnino e colaboradores situam, com propriedade, esse entendimento falso, ao afirmar que

[...] por trás da aparente unidade de conceitos e propósitos ocultam-se uma diversidade de projetos e uma ideia pobre e reducionista da sociedade civil, que é cada vez mais reduzida a um amorpho “terceiro setor” em que cabem todos os tipos de associações civis, entendidas como entidades privadas para a ação pública (limitadas a “serviços para terceiros”); desse modo, perdeu-se o perfil crítico que a ideia de sociedade civil continha em meados dos anos de 1990. (DAGNINO, OLIVERA e PANFICHI, 2006, p.22).

Essas organizações, em sua grande maioria não governamentais (ONGs), parecem atuar apenas como uma espécie de mediação que remedia situações-limite da questão social. Quando o Estado não funciona como possibilidade de certa regulação, o mercado funciona de acordo com a sua própria lógica, de forma a erodir o espaço dos direitos, que consiste na regulação entre a ação do mercado e das necessidades de cidadania, sendo essa regulação provida pelo Estado, que é o definidor de qual arena da política se disputa os recursos.

No âmbito da oncologia, diversas são as organizações, instituições e fundações que procuram atender as demandas dos usuários em relação ao tratamento oncológico, por fornecimento de auxílio financeiro e material. É importante destacar que essas ações voluntárias não constituem direito e cidadania, portanto, entram em conflito diretamente com a conquista histórica da classe trabalhadora, da regulamentação do direito para responder suas necessidades pelo Estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil recente presenciamos o solapamento dos direitos expressos na Constituição Federal de 1988. O avanço do (ultra)neoliberalismo e a intensificação do desmonte e desfinanciamento das políticas que formam a seguridade social, assim como a precarização das relações e condições de trabalho são ratificadas e aprofundadas, explicitando uma conjuntura desfavorável aos direitos conquistados historicamente pela classe trabalhadora como também o agravamento das condições de vida desta classe.

No que se refere ao adoecimento e tratamento para o câncer, os processos de aprofundamento das contrarreformas trabalhista e da previdência social pública significam que parcela expressiva da classe trabalhadora não consegue acessar a devida proteção social, impondo-se

uma verdadeira barbárie, requerendo apoio da família, que também é atingida por essas mudanças ou requerendo ações pontuais do chamado terceiro setor, que representa o interesse do grande capital remediando situações limites da pobreza.

Dessa forma, buscou-se aqui recuperar brevemente elementos intrínsecos ao adoecimento por câncer com claras repercussões, sobretudo pelo atendimento precário ou não acesso à tela de proteção social pública.

Importante ressaltar que as reflexões apresentadas não se esgotam neste capítulo. Seguramente a realidade brasileira revela tempos (mais) difíceis e de (maiores) perdas das conquistas históricas da classe trabalhadora, exigindo organização política frente aos desafios futuros. É aqui que entendemos e destacamos a relevância e o papel que a participação social e a participação popular, criticamente concebidas como movimento dialético de transformação, e não como discursos participacionista ou de representação simbólica, adquirem relevância especialmente na conjuntura regressiva que vem sendo potencializada no Brasil recente.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. de S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, Out-Dez 2014. Disponível em: SciELO — Brasil — Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. Acesso em: 22 mar. 2022.
- ALENCAR, M. M. T. de. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito da família. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (Org.). *Política Social, família e juventude: uma questão de direitos*. São Paulo: Cortez, 2010.
- ANTUNES, R. Dimensões da Precarização estrutural do trabalho. In: ANTUNES, R. *A Perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização*. São Paulo: Boitempo, 2007.
- BARBOSA, A. de F. O Mercado De Trabalho: Uma Perspectiva De Longa Duração. *Estudos Avançados*, 30(87), p.7-28, 2016. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/119112>. Acesso em: 15 mar. 2022.
- BEHRING, E. R. Política Social no contexto da crise capitalista. In: CFESS/ ABEPSS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília, DF: CEAD/UnB, 2009.
- BEHRING, E. R. *Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2008.
- BOSCHETTI, I. A insidiosa corrosão dos sistemas de proteção social europeus. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 112, p. 754-803, out./dez. 2012. Disponível em: [SciELO — Brasil — A insidiosa corrosão dos sistemas de proteção social europeus A insidiosa corrosão dos sistemas de proteção social europeus](#). Acesso em: 10 mar. 2020.

BOSCHETTI, I. A Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: CFESS/ABEPSS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília, DF: CEAD/UnB, 2009.

BRAGA, I.; VILAÇA, C.; BRANDÃO, R. O Pão Nosso. *Revista do Ministério Público do Trabalho*. Ano IV, n.8, p.44-57, 2017.

BRASIL. *Lei nº 13.429, de 31 de março de 2017*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13429.htm. Acesso em: 10 mar. 2022.

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

BRASIL. *Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br). Acesso em: 22 mar. 2022.

DAGNINO, E.; OLIVERA, A. J.; PANFICHI, A. (Org.). *A disputa pela construção democrática na América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; Campinas: Unicamp, 2006.

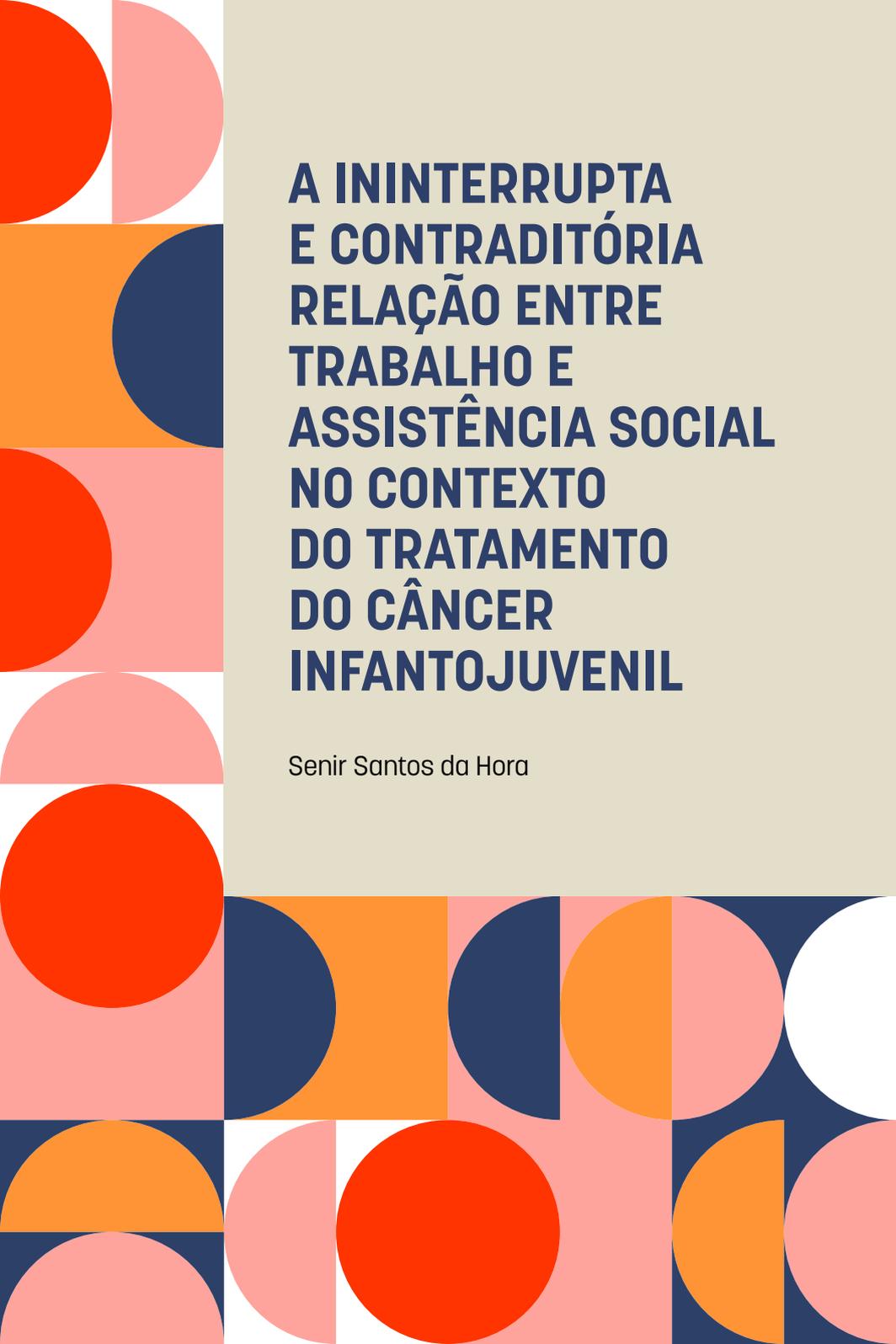
GRANEMANN, S. Políticas Sociais e Financeirização dos Direitos do Trabalho. *Em Pauta*, Rio de Janeiro: UERJ, n. 20, 2007. Disponível em: [Políticas Sociais e Financeirização dos Direitos do Trabalho | Granemann | Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea \(uerj.br\)](http://www.uerj.br). Acesso em: 20 mar. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER — INCA. *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER — INCA. *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

- MARX, K. *O capital: Crítica da Economia Política*. São Paulo: Boitempo, p. 959-989, 2013.
- MOTA, A. E. *Cultura da Crise e Seguridade Social: Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2017.
- MOTA, A. E. 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, 2009.
- MOTA, A. E. Serviço Social e Seguridade Social: uma agenda recorrente e desafiante. *Em Pauta*, Rio de Janeiro: UERJ, n.20, p.126-139, 2007.
- NETTO, J. P.; BRAZ, M. *Economia Política: uma introdução crítica*. São Paulo: Cortez, 2011.
- PEREIRA, P. A. P. Proteção social contemporânea: cui prodest? *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 116, p. 636-651, out./dez. 2013. Disponível em: [SciELO — Brasil — Proteção social contemporânea: cui prodest? Proteção social contemporânea: cui prodest?](#). Acesso em: 25 mar. 2022.
- PASTORINI, A. C. Elementos orientadores das reformas da proteção social na América Latina. *Argumentum*, Vitória, v.2, n.2.p.133-149, jan/jun. 2010. Disponível em: [Elementos orientadores das reformas da proteção social na América Latina | Argumentum \(ufes.br\)](#). Acesso em: 25 mar. 2022.
- SANTOS, T. V. C. dos; STAMPA, I. A Ressignificação do Trabalho no Brasil: exames das contrarreformas nos governos Temer e Bolsonaro. In: SANTOS, T. V. C. dos; SILVA, L. B.; MACHADO, T. de O. (Org.). *Trabalho e saúde [recurso eletrônico]: diálogos críticos sobre crises*. Rio de Janeiro: Mórula, 2022.

- SANTOS, T. V. C. dos; STAMPA, I. Contratação por pregação: formas atípicas de trabalho de assistentes sociais no Brasil recente. *Ser Social*, n.21, p.48-72, 2019.
- SANTOS, J. S. “*Questão Social*” particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.
- SILVA, K. L. da. Desafios contemporâneos acerca do terceiro setor e Serviço Social: entre o novo trato da questão social e a negação da solidariedade de classe. In: Circuito de Debates Acadêmicos, *Anais*. Rio de Janeiro: IPEA, 2011.
- SILVA, L. B. Proteção social versus adoecimento por carcinoma epidermóide: contribuições do Serviço Social. *Serviço Social & Saúde*, Campinas, SP, v.13, n.1 (17) p.61-76 jan/jun 2014.
- SILVA, L. B.. Condições de vida e adoecimento por câncer. *Revista Libertas*, Juiz de Fora, v.10, n.2, p. 172 — 187, jul-dez 2010.
- WANDERLEY, L. E. W. Sociedade civil e Gramsci: desafios teóricos e práticos. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n.109, p.5-30, jan./mar., 2012.



**A ININTERRUPTA
E CONTRADITÓRIA
RELAÇÃO ENTRE
TRABALHO E
ASSISTÊNCIA SOCIAL
NO CONTEXTO
DO TRATAMENTO
DO CÂNCER
INFANTOJUVENIL**

Senir Santos da Hora

INTRODUÇÃO

Sabe-se que o tratamento do câncer infantojuvenil impacta significativamente nas famílias, principalmente naquelas que dependem das políticas de Estado. Essas famílias tendem a vivenciar uma rotina exaustiva, ao conciliar a dinâmica da vida doméstica com os frequentes deslocamentos às unidades e serviços de saúde. Pois o tratamento regular e contínuo centraliza o cotidiano da criança/adolescente e de seu grupo familiar em torno do espaço hospitalar e, muitas vezes, implica em rupturas nos projetos de vida de seus diferentes membros, além de repercussões negativas na saúde física e mental do principal cuidador, em decorrência do discurso de legitimidade da dedicação do cuidado integral às questões de gênero e trabalho.

Muitas famílias que antes contavam com a possibilidade de renda oriunda do trabalho materno, são submetidas a uma inesperada despesa imprescindível à continuidade do tratamento, o que evidencia aquilo que se costuma chamar de impactos da doença na qualidade de vida. Os ambientes familiares caracterizados pela pobreza e alterações socioeconômicas, após o diagnóstico de câncer e com a ausência de suporte efetivo de políticas sociais, a longo prazo, são circunstâncias que podem afetar a capacidade das famílias de fornecerem cuidados. Essas famílias, expulsas do mercado de trabalho (em decorrência do desemprego e/ou de doença dos filhos), precisam acessar a política de assistência social, por meio de prestações monetárias como auxílios, benefícios e programas de transferências de renda ínfimos, que não assumem a condição de recursos assistenciais subsidiários aos direitos do trabalho, mas sim como recursos centrais à garantia do consumo e de reprodução da força de trabalho, mesmo daqueles/daquelas que ainda estão em condições de trabalhar. O artigo busca problematizar a relação tensa e contraditória entre 2 direitos: trabalho e assistência social no contexto do tratamento oncológico infantojuvenil, tendo em vista que

a rotina do tratamento vivenciada pelo familiar cuidador (majoritariamente mulheres) aponta situações de insegurança no exercício laboral e mudanças abruptas de ordem social e econômica.

A LÓGICA POLARIZADA ENTRE A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E O DIREITO AO TRABALHO NO CONTEXTO DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO INFANTOJUVENIL

O processo de tratamento oncológico infantojuvenil impõe alterações nas condições socioeconômicas, uma vez que é explícita a ausência de respaldo legal na legislação trabalhista para que os responsáveis se afastem do trabalho no contexto do adoecimento de seus filhos. A Lei nº 13.257/2016, que incluiu os incisos X e XI, no art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), prevê apenas o abono de 1 dia por ano, em virtude de atestado de acompanhamento médico para acompanhar filho de até 6 anos em consulta médica.

Não obstante, ao vivenciarem o adoecimento de seus filhos por câncer, muitas mães que trabalham com vínculo empregatício e por não conseguirem conciliar as atividades laborais com a garantia do cuidado, tendem a optar por abrirem mão do direito ao trabalho, o que pressupõe redução na renda familiar ao longo do tratamento e maior dependência dos recursos de transferência de renda no interior da política de assistência social.

Esse contexto assevera o quanto o tratamento oncológico infantojuvenil tende a ressaltar o que Boschetti (2016) sinaliza enquanto lógica polarizada entre os 2 direitos. Pois o reconhecimento legal da assistência social como política pública retoma e mantém a ininterrupta e contraditória relação entre trabalho e assistência social.

Mesmo com o reconhecimento da assistência social como direito no âmbito do Estado social capitalista, os critérios da inaptidão ao trabalho permanecem como condição do acesso à política. Assim, percebe-se que a relação entre eles é marcada por tensão e atração. A atração ocorre na medida em que a ausência do trabalho pressupõe o acesso à assistência social. Dialeticamente, a atração entre eles desencadeia a tensão, uma vez que a assistência social será “prestada a quem dela necessitar”, assegurando o acesso de todos os que dela tiverem mais necessidade e não necessariamente a todos os que dela demandarem. Assim, “aqueles que têm o dever de trabalhar, mesmo quando não conseguem trabalho, precisam da assistência, mas não tem direito a ela” (BOSCHETTI, 2016, p.81), pois o direito à assistência é limitado e restrito, e o trabalho nessa sociedade, embora reconhecido como direito, não é assegurado a todos. Essa relação se torna tensa e excludente, na medida em que a aptidão ao trabalho impede o acesso à assistência social, provocando um agressivo processo de expropriação de direitos e de superexploração da força de trabalho. O critério da inaptidão para o trabalho, segundo a autora, tem sido um dos eixos de estruturação da assistência social que mais definem sua esfera de abrangência (Idem, 2016).

Cabe sinalizar, ainda, que a tensão entre os direitos, por outro lado, coloca-se porque, historicamente, a assistência sempre foi considerada como incompatível com o trabalho. Ela sempre foi alvo de forte apelo moral, identificada como um benefício que poderia gerar preguiça e desestímulo ao trabalho. Por isso, a designação ao velho provérbio chinês, que repudia o ato de dar o peixe ao pobre em vez de dar-lhe a condição de pescar. Por outro lado, não se pode negar que nem sempre “ensinar a pessoa a pescar” é caminho mais eficaz do que “dar o peixe”, por que como “ensinar alguém a pescar” sem rios? E não basta verificar se existe rio ou não, é preciso também saber se o rio em que se busca existem peixes! “Ou ainda, se é rio para peixe, então para qual peixe serve? Ou se no final é ‘pague e pesque’ ou pesque e leve?”, pois, na

ausência de condições básicas, não seria viável, ao mesmo tempo, dar o peixe e a condição para que o sujeito consiga pescar?

Contrariamente à ideia de ser defendida como substituta do trabalho ou dos rendimentos dos empregos inexistentes, a política de assistência social deveria ser, na prerrogativa da proposta constitucional, um direito complementar que contribui para a redução da desigualdade, articulando-se com as demais políticas sociais e econômicas, porque, enquanto política setorial, a assistência “não tem (e nem deve ter) a função de dar respostas cabais à pobreza. Seu horizonte deve ser o da sua inserção efetiva num projeto de desenvolvimento econômico e social, tanto local quanto nacional” (BOSCHETTI, 2003, p.84).

O critério da inaptidão ao trabalho foi incorporando no sistema de seguridade social brasileiro um movimento dialético de 2 lógicas polarizadas, que constitui o que Boschetti (2003) denomina de unidade de contrários: a lógica do seguro e da assistência. Para a autora, o que mais determina a justaposição entre essas 2 lógicas é a relação do sujeito com o trabalho — o acesso ao trabalho é o que determina o direito aos benefícios previdenciários e sua inaptidão é o que certifica o direito aos benefícios de programas assistenciais, que asseguram transferência de renda com condicionalidades.

No contexto do tratamento, a família enfrenta diversas alterações relacionadas aos aspectos físicos, psicológicos e financeiros, que a fragilizam sob várias dimensões: em relação a si mesma (quando experimenta medo e incertezas durante o tratamento), e em relação à sociedade (em função das internações prolongadas da criança e do adolescente), em que o principal cuidador deixa de trabalhar e precisa lidar com as novas mudanças socioeconômicas da família (HORA, 2016, p.27).

Assim, durante o tratamento oncológico infantojuvenil, o abandono do vínculo formal de trabalho por parte dos responsáveis impulsiona-os ao requerimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC) por deficiência como único recurso de renda familiar, que vai gerando

dependência em relação à política de assistência social, com sérios impactos econômicos em caso de morte dos requerentes beneficiários (as crianças e adolescentes).

O BPC por deficiência se estende às crianças/adolescentes com câncer, com transferência monetária referente a 1 salário mínimo e que exige, até maio de 2022, como critério para concessão — além da condição de deficiência — que a renda familiar per capita seja igual ou inferior a 1/4 do salário mínimo vigente, seguindo a mesma concepção focalizada de pobreza e a perspectiva monetarizada e restritiva dos outros programas de transferências de renda no Brasil.

A expansão da política de assistência, com seus programas de transferência de renda condicionada, tem sido uma estratégia do capital de “[...] assegurar com menor custo a reprodução ampliada da classe trabalhadora e dos que não podem trabalhar” (BOSCHETTI, 2016, p.27).

Sob a orientação de organismos internacionais, evidencia-se a ampliação de programas e benefícios de transferências de renda no Brasil e na América Latina, que surgem como forma de enfrentamento à pobreza, com gerência de recursos extremamente baixos, porém funcionais à contrarreforma do Estado, a partir de sua focalização nas políticas sociais. Nesse sentido, a assistência social, com seu caráter meramente compensatório, que se volta à minoração da pobreza absoluta, contribui para a reprodução ampliada do capital, tornando-se funcional à manutenção dos processos de superexploração da força de trabalho e de expropriações de direitos sociais.

No Relatório do Banco Mundial de 2000-2001 o lema para sanar a pobreza era investir na expansão “das capacidades humanas dos pobres”. Assim, o enfrentamento da pobreza seria o enfrentamento da privação de liberdade humana, que limita as escolhas e oportunidades que envolvem o acesso a direitos básicos.

Assim, nota-se que, para que o problema da pobreza como privação de capacidades seja resolvido, recorre-se, no relatório de 2000-2001, à noção de Sen de “desenvolvimento como liberdade” (Idem), que nada mais é que o entendimento do desenvolvimento como um processo de expansão das liberdades humanas. Assim, para que a pobreza seja reduzida, faz-se necessário que o Estado atue apenas no sentido de aumentar essas liberdades [...]. (UGÁ, 2004, p.60).

É explícita a concepção de Estado nessas orientações, pois o que se espera não é mais um Estado intervencionista de Keynes ou garantidor de um sistema de proteção social comprometido com a universalização dos direitos sociais, mas sim um Estado necessário só para garantir o desenvolvimento das capacidades dos pobres, tornando-se ao mesmo tempo desnecessário, ao permitir que o sujeito já capacitado procure individualmente seu desenvolvimento pessoal no mercado. Discorda-se da tese de Sen, de que a elevação da renda e da riqueza de um país é considerada como um importante indicador de aumento da liberdade humana. O Estado poderia, na concepção do autor, garantir proteção aos indivíduos considerados incapacitados por meio de oportunidades sociais que asseguram a condução da vida privada e a participação efetiva desses em atividades econômicas com propósitos de consumo, produção ou troca. Nesta análise, os direitos sociais são substituídos por benefícios e oportunidades sociais. A ausência de renda é concebida pelo autor como a principal causa de privação da liberdade, isto é, a renda seria o elemento central para a garantia das condições básicas de sobrevivência, sendo a pobreza entendida como deficiência de indivíduos privados do acesso a bens e serviços (SEN, 2000).

Seguindo essa mesma concepção, o liberal democrata Rosanvallon, remetendo-se à realidade francesa, fortalece a ideia de que, frente ao contexto marcado pela persistência do desemprego e da “exclusão” como fenômenos que atingem a maioria da população por períodos

prolongados, não seria mais possível uma intervenção do Estado, que ele intitula de Estado providência, com seus tradicionais instrumentos de proteção — impregnados de uma “noção passiva” dos direitos sociais —, enfrentar o que o autor designa de “nova questão social”. Para Rosanvallon (1998), o Estado precisa abandonar os tradicionais mecanismos de indenização ou de “remuneração da exclusão”, como acabam sendo classificados os diversos sistemas de transferências de renda aos desempregados e “excluídos”, como: renda de subsistência, renda básica e renda de cidadania, entre outras.

Rosanvallon (1998) propõe, então, a superação da noção tradicional dos direitos sociais, na medida em que explicita a importância de não reivindicar o direito à vida apenas por uma remuneração recebida, mas o direito à vida em sociedade por meio de uma remuneração enquanto contrapartida de um trabalho realizado. O autor admite a existência de uma modalidade diferente de renda de subsistência, o que ele denomina de Renda Mínima de Inserção (RMI), como uma inovação importante no conjunto das novas experiências em políticas sociais. Nesse sentido, a ideia de “inserção social”, para o autor, se daria através de um trabalho, que aparece em sua obra “A nova questão social” como qualquer atividade inclusiva, sem vínculo ou utilidade social, mas realizada sob a bênção de um contrato, com determinadas funções e garantias de remuneração, exigindo reciprocidade e responsabilização entre as partes.

A política de RMI, na concepção do liberal democrata, proporcionaria o desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos, a partir de uma transferência de renda mínima, mas com ativação para o trabalho. O Estado garantiria o desenvolvimento das potencialidades e das expressões de liberdades individuais, mas sem abdicar do incentivo da inserção pelo trabalho, seja ele inespecífico ou precarizado. Essas estratégias coercitivas do trabalho, por meio de seus projetos de geração de renda e de formação de mão de obra para qualquer atividade laboral, refletem a habilidade do capital na superexploração da força de trabalho.

Não obstante, cabe mencionar que a lógica da integração à atividade laboral, que vem orientando a política no Brasil, parece refletir a imposição do código coercitivo do trabalho, como acontecia com as legislações que surgiram em toda a Europa no período da acumulação primitiva. Essas legislações possuíam caráter muito mais punitivo e repressivo do que protetor e elucidavam a tensão entre assistência social e trabalho, na medida em que proporcionavam uma assistência mínima aos inválidos e trabalho forçado aos válidos — como foi o exemplo do Estatuto dos Trabalhadores de 1349, Estatuto dos Artesãos de 1563, a Lei dos Pobres instituída na era elisabetana em 1558 a 1603, Lei de Domicílio de 1662, *Speenhamland Act* de 1795 e a Lei Revisora das Leis dos Pobres (*Poor Law Amendment Act*) de 1834 (BOSCHETTI, 2016).

Essas legislações eram a garantia de que a assistência não fosse concebida como forma de abono salarial, mas como medida para imposição da exploração do trabalho. Só os considerados inaptos para o trabalho poderiam acessar a assistência social, sob critérios restritivos e seletivos. Os poucos que conseguiam acesso ainda eram obrigados a realizar qualquer atividade laborativa que pudesse justificar a assistência recebida. Não é por acaso que o discurso recorrente na política de assistência social aponte para a necessidade de se criar portas de saída para as prestações assistenciais.

O capitalismo vem promovendo e aprofundando amplamente novos processos de expropriação da classe trabalhadora, por meio da negação de acesso dessa classe às condições e recursos sociais de produção, fazendo com que a lógica dominante nesta sociedade seja sempre a de submissão real do trabalho ao capital (CASTELO, 2017).

Na caracterização de Virgínia Fontes (2010), as 2 faces da tendência expansiva do capitalismo contemporâneo é a concentração de recursos sociais de produção e a recriação permanente das expropriações sociais, que expressam a relação entre o econômico e o social.

A autora também evidencia o caráter combinado das formas de expropriação primária e secundária na contemporaneidade, além de reafirmar que a base social capitalista é forjada tendo as expropriações como base da concentração e acumulação. Nesse sentido, cumpre salientar o protagonismo estatal ao facilitar o investimento do capital em mecanismos de exploração da força de trabalho. Assim, a autora conclui que a expropriação secundária desemboca na “transformação da capacidade de trabalho em mercadoria, impulsionada pela necessidade econômica de subsistência a fim de subverter essa necessidade *em disponibilidade dos trabalhadores* (FONTES, 2010, p.47).

O Brasil vive, desde o final do século XX, um extenso movimento de expropriação de direitos sociais e trabalhistas, mantidos por instituições democráticas e “[...]com a sustentação de uma intensa atuação midiática e parlamentar” (FONTES, 2010, p.55). Essas expropriações se realizaram por meio de um duplo movimento: de um lado, a “coerção pela ameaça” (de demissões, de deslocamento de empresas e de desemprego) e, do outro, a “coerção concretizada” (por efetivação dessas medidas ou por resistências sindicais). Um contexto marcado por novas formas de convencimento, que se intensificam, a fim de legitimar processos de expropriações de direitos historicamente conquistados, o que para Fontes (2010) expressa imposição — mais ou menos violenta — de uma lógica da vida social pautada na necessidade de venda da força de trabalho, sob quaisquer condições. Nessa direção, a superexploração e a precarização das relações de trabalho também expressam uma forma de expropriação.

No contexto do tratamento do câncer infantojuvenil, muitas famílias também são submetidas ao processo de expropriação, pois, devido aos critérios restritivos para acesso aos programas e benefícios assistenciais de transferências de renda, que são limitados a ações compensatórias e que não conseguem atingir a totalidade da população-alvo, deixam de fora até aqueles que se enquadram em seus critérios de elegibilidade. Essas famílias aviltadas pela pobreza e que necessitam da

complementaridade da renda frente aos custos decorrentes do adoecimento crônico por câncer, são forçadas à precarização do trabalho pela via da informalidade.

Segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad Contínua), apurada pelo Instituto Brasileiro de Economia e Estatística (IBGE), até março de 2022 o mercado de trabalho brasileiro registrou 38,203 milhões de trabalhadores (40,1%) atuando na informalidade, o que ratifica a predominância dessa tendência com taxas ainda elevadas no país.

Castilho e Carloto (2010), ao abordarem a centralidade da família na política de assistência social no Brasil, tecem críticas contundentes ao modelo de proteção familista, que atua “apenas quando a família falha”, reforçando a “desigualdade de gênero, à medida que aumenta a responsabilidade da mulher na proteção da sua família, sem o devido amparo do Estado” (CASTILHO e CARLOTO, 2010, p.13).

Não se pode negar que a mulher vem assumindo o papel de cuidadora oficial, o que revela a questão de gênero que perpassa o cuidado, como sendo uma atribuição feminina natural. Identifica-se, nesse sentido, que a responsabilidade de acompanhar a criança durante o tratamento, em geral recai sobre as mães, revelando que os conceitos de amor materno continuam naturalizados culturalmente. Essa centralidade da mulher no acompanhamento de crianças e adolescentes no tratamento mantém-se arraigada às construções sociais de gênero, que historicamente associam as atividades da esfera doméstica à responsabilidade exclusiva do universo feminino.

Sabe-se que o exercício do trabalho nessa sociedade vem sendo pautado pela divisão entre os sexos biológicos, com imposição hierárquica e desigual de tarefas que são realizadas por homens e mulheres. Essa divisão tem sido difundida e naturalizada durante o tratamento oncológico, na medida em que se evidenciam práticas que reforçam a divisão de tarefas em “trabalhos para homens” e “trabalhos para

mulheres”, isto é, estabelecendo separação entre aquilo que deve ser realizado pelas mães (geralmente relacionadas aos cuidados, no âmbito da esfera privada, e com menor valor agregado ou prestígio) e aquilo que deve ser realizado pelos pais (em geral voltadas ao espaço público e legitimadas como produtivas). Este fenômeno é definido por Hirata e Kergoat (2008) como “Divisão Sexual do Trabalho”, que, enquanto resultado de relações sociais e históricas, opera como uma divisão social que destaca a hierarquia do trabalho do homem sobre a mulher e a distinção entre o que é trabalho de homem e o que é trabalho da mulher. Conforme salienta Kergoat (2009, p.67), a divisão sexual do trabalho é a

Forma de divisão social do trabalho decorrente das relações sociais de sexo; essa forma é historicamente adaptada a cada sociedade. Tem por característica a destinação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a ocupação pelos homens das funções de forte valor social agregado (políticas, religiosas, militares etc.).

Por outro lado, àquelas mulheres que exercem a dupla função de prover e cuidar dos seus membros, além da sobrecarga no processo do cuidado, as que têm vínculo empregatício vivenciam períodos de apreensão por não terem garantias de que continuarão empregadas durante o tratamento do filho. Muitas optam pelo afastamento de seus empregos, ou pelo menos dos empregos formais, que exigem carga horária a ser cumprida, priorizando-se os subempregos que possam conciliar com o cuidado prestado ao filho adoecido, evidenciando uma “feminização tanto do trabalho mal remunerado quanto da pobreza” (HARVEY, 2016, p.113). Logo, o que se vê por meio da pobreza é desemprego, subemprego, baixos salários, renda baixa, que têm como consequência o aviltamento do trabalho, a debilidade da saúde, a alimentação insuficiente, a moradia precária e insalubre, o desconforto, a fadiga, a resignação etc.

A pobreza enquanto consequência e condição imprescindível à existência do próprio modo de produção capitalista, não se constitui como algo que possa ser corrigido ou erradicado no seu interior. Nesse sentido, os pobres são identificados como aqueles que, de um modo temporário ou permanente, têm acesso mínimo aos bens e recursos, pois são excluídos em graus diferenciados da riqueza social.

Mota (2012) procurou mostrar que o crescimento econômico não ocorre em sintonia com a socialização da riqueza social. Pelo contrário, a concentração de riqueza na sociedade capitalista só aumenta, e o que muda são os mecanismos de gerir a pobreza, através de políticas compensatórias e minimalistas que só têm impactos no imediato, ou são apenas funcionais a uma pequena fração da classe trabalhadora, aquela mais pauperizada¹. O interesse não é a redução efetiva da pobreza, mas a busca pelo consenso da população, a fim de garantir a continuidade do processo de produção e reprodução ampliada do capital.

O que fica claro com essa mudança de foco da esfera estatal é que não se trata apenas de uma interferência econômica ou política, mas também ideológica. Juntamente com a ideia da focalização da política de assistência social, existe um outro ponto demasiadamente importante, que é uma ideia de combate à ociosidade dos beneficiários dos programas de transferência de rendas, uma ideia de responsabilização do pobre por sua situação, ou que esse necessite ao menos oferecer algo em troca pela concessão do benefício², “[...] como se fossem eternos devedores, e não credores, de vultosas dívidas sociais” (PISOM, 1998 *apud* PEREIRA, 2012).

1. O pauperismo, enquanto resultado do desenvolvimento das forças produtivas do trabalho social, é indissociável do processo de acumulação capitalista (NETTO, 2001).
2. A ideia de Programas de transferência de renda com condicionalidades

Ademais, a política de assistência social, na proposta constitucional, destina-se ao amparo e proteção daqueles que não podem trabalhar — por motivo de maternidade, infância, adolescência, velhice, doença e deficiência —, assim, àqueles que não se inserem nessas situações, a política se estrutura visando à integração desses ao mercado de trabalho (BOSCHETTI, 2016). Assim, um dos principais objetivos da política da assistência social, preconizado na Constituição Federal de 1988, é a promoção da integração ao mercado de trabalho. Mas, como integrar ao trabalho àquelas que no contexto do tratamento oncológico infantojuvenil são impulsionadas a deixá-lo?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a garantia de direitos vem colidindo diretamente com a lógica do capitalismo contemporâneo, culminando com a agudização da pobreza e o acirramento da desigualdade social — cujas tendências destrutivas se estendem por toda a parte, através da expropriação e violação das condições fundamentais de vida da classe trabalhadora, com o desmonte dos direitos historicamente conquistados por meio de alterações legislativas, congelamento de recursos e falta de financiamento nas políticas públicas —, trazendo um impacto direto nas famílias de crianças e adolescentes que vivenciam uma doença ameaçadora da vida, como o câncer.

Assim, somado ao adoecimento crônico, essas famílias sofrem as consequências do enorme impacto socioeconômico, com aumento do desemprego e impossibilidade de trabalho para serviços não essenciais. Essas famílias enfrentam as maiores consequências da pobreza e do pouco acesso, pois ficam imersas em fragilização, perda de vínculos sociais e isolamento social, agravados em muitos casos pela ausência de políticas públicas específicas, a exemplo do não amparo previdenciário

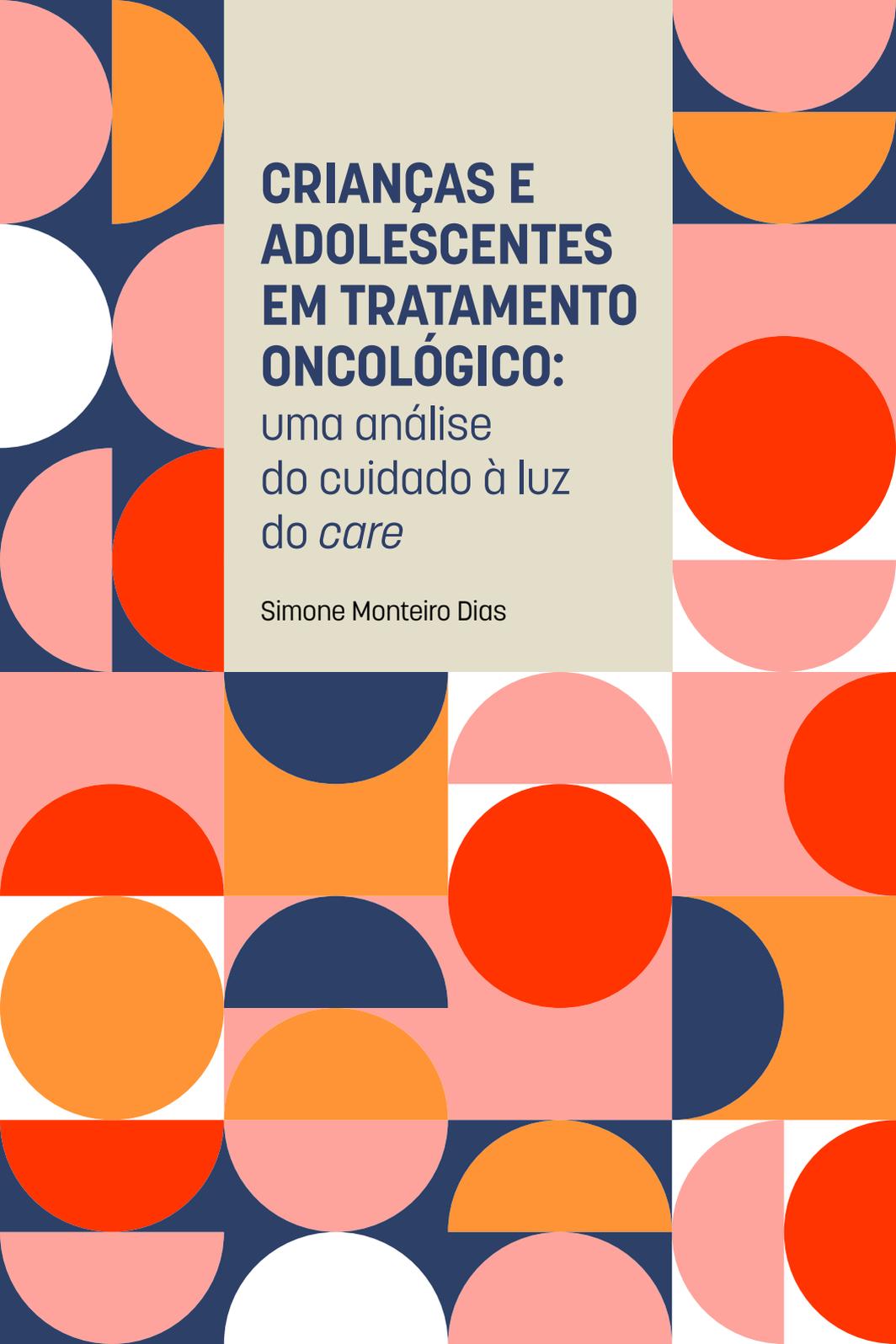
para responsáveis que se ausentam do trabalho para acompanharem seus filhos durante o tratamento oncológico, ficando sujeitas às condicionalidades dos recursos assistenciais. Nesse sentido, a assistência social vem participando ativamente, na condição de política central do processo de reprodução ampliada da força de trabalho durante o tratamento oncológico infantojuvenil, de modo a assegurar, através da transferência de benefícios assistenciais ínfimos, o consumo dos segmentos dos trabalhadores mais pauperizados, constatando uma lógica polarizada entre os 2 direitos: trabalho e assistência social.

Defendeu-se no artigo que a expansão da assistência social também tem sido o mecanismo estratégico de impulso ao processo de expropriação e superexploração (BOSCHETTI, 2016). Pois, quando o/a principal cuidador/a precisa abdicar de sua atividade laboral para dedicar-se ao cuidado integral da criança e/ou do adolescente com câncer, observa-se que entre os critérios de acesso à política de assistência social não há uma dicotomia entre capazes e incapazes ao trabalho, uma vez que a paradoxal dialética de atração e rejeição entre trabalho e assistência social, no âmbito do adoecimento infantil, evidencia-se na vida das mulheres que cuidam através da corrosão dos direitos do trabalho e na primazia da superexploração, reforçada pelas atividades remuneradas precárias e sem direitos. Parafraseando Biroli (2018, p.21): “falar de divisão sexual do trabalho é tocar no que vem sendo definido, historicamente, como trabalho de mulher, competência de mulher, lugar de mulher”. Assim, o artigo permitiu realizar alguns apontamentos inconclusivos, pois ainda existe um longo caminho a ser explorado sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- BIROLI, F. *Gênero e desigualdades: os limites da democracia no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2018.
- BOSCHETTI, I. *Assistência Social e trabalho no capitalismo*. São Paulo: Cortez, 2016.
- BOSCHETTI, I. *Assistência social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo*. Brasília: UnB, 2003.
- CASTELO, R. Supremacia rentista no Brasil neoliberal e a violência como potência econômica. *Universidade e Sociedade*, n.60, p.58-71, segundo semestre, 2017.
- CASTILHO, C. de F. V.; CARLOTO, C. M. O familismo na política de Assistência Social: um reforço à desigualdade de gênero? *Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas*. Universidade Estadual de Londrina, 24 e 25 de junho de 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/2.CleideCastilho.pdf>.
- 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.
- FONTES, V. *O Brasil e o capital imperialismo: teoria e história*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz/UFRJ, 2010.
- HARVEY, D. *Espaços de Esperança*. São Paulo: Edições Loyola, 2005.
- HORA, S. S. O sistema de garantia de direitos e a proteção integral à criança e ao adolescente com câncer. In: *Diálogos em Saúde Pública e Serviço Social: a experiência do assistente social em oncologia*. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

- HIRATA, H.; KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho profissional e doméstico: Brasil, França, Japão. In: BRUSCHINI et al. *Mercado de Trabalho e Gênero: comparações internacionais*. Rio de Janeiro: FGV, 2008.
- KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: HIRATA, H. et al. (Org.). *Dicionário Crítico do Feminismo*. São Paulo: UNESP, 2009.
- MOTA, A. E.; AMARAL, A.; PERUZZO, J. O novo desenvolvimentismo e as políticas sociais na América Latina. In: MOTA, A. E. (Org.). *Desenvolvimentismo e construção da hegemonia. Crescimento econômico e reprodução da desigualdade*. São Paulo: Cortez, 2012.
- PEREIRA, P. A. P. *Necessidades humanas. Subsídios à crítica dos mínimos sociais*. São Paulo: Cortez, 2002.
- PINHEIRO, L.; GALIZA, M.; FONTOURA, N. Novos arranjos familiares, velhas convenções sociais de gênero: a licença-parental como política pública para lidar com essas tensões. *Estudos Feministas*, Florianópolis, n.17(3): 312, setembro-dezembro, 2009.
- ROSANVALLON, P. *A nova questão social: repensando o Estado Providência*. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998.
- SEN, A. *Desenvolvimento como Liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- UGÁ, V. D. A categoria “pobreza” nas formulações de política social do Banco Mundial. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n.23, 2004.



CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO:

uma análise
do cuidado à luz
do *care*

Simone Monteiro Dias

INTRODUÇÃO

O câncer infantojuvenil acomete crianças e adolescentes até 19 anos e corresponde de 1 a 4% do total dos tumores da população em geral. Estima-se que ocorrerão no período de 2020/2022, 8.960 casos novos e 2.564 mortes. Assim como em países desenvolvidos, no Brasil o câncer representa a primeira causa de morte por doença nessa população (INCA, 2020). O câncer em crianças e adolescentes é considerado uma doença crônica, com crises recorrentes, perspectivas de morte, incapacidades e sofrimentos físicos e morais (CANESQUI, 2013). Por gerar repercussões na vida de toda a família, implica uma necessidade de cuidado mais intenso acrescido das tarefas domésticas e cuidados com outros membros da família. Este cuidado se constitui como um trabalho que “abrange um conjunto de atividades materiais e de relações que consistem em oferecer uma resposta concreta à necessidade dos outros” (KERGOAT, 2016).

O cuidado está presente no cotidiano sendo parte da existência humana. Ele perpassa todos os momentos da vida e em determinadas fases e circunstâncias o indivíduo depende de outro para o atendimento de suas necessidades básicas, devido a condições físicas, de adoecimento e/ou fatores sociais. O cuidado entendido como *care* é conceituado como o trabalho de cuidar de 1 ou mais pessoas em suas necessidades físicas, psicológicas, emocionais e de desenvolvimento (SORJ e FONTES, 2012). Federici (2017) aponta que no capitalismo o trabalho doméstico e com as pessoas se constitui como a possibilidade da produção e reprodução da força de trabalho, não sendo considerado como acumulação de capital, pois o mistifica como um recurso natural e serviço pessoal sem remuneração, realizado por mulheres em sua maioria.

A literatura sobre *care* destaca que ao longo do tempo as mulheres foram envolvidas e responsabilizadas pelo cuidado de crianças, idosos e pessoas com alguma dependência, bem como pelas tarefas domésticas

na família. Esse cuidado não foi — e ainda não o é plenamente — considerado um trabalho, segundo a lógica da economia capitalista e da ordem de gênero que se hegemonizou com o advento das sociedades modernas.

Nesse contexto, o presente estudo reflete sobre as experiências dos familiares de crianças e adolescentes em tratamento oncológico, na perspectiva do *care*. Esta produção é parte de uma dissertação de mestrado¹, que teve como objetivo compreender as experiências de familiares nos cuidados de crianças e adolescentes em tratamento oncológico à luz de um referencial teórico que agrega questões de cuidado e do *care* com uma interseção entre família, gênero e classe.

MÉTODO

A pesquisa foi realizada no setor de oncologia pediátrica de um Instituto federal, referência em oncologia, no período de novembro de 2017 a julho de 2018 por meio de trabalho de campo, utilizando as seguintes estratégias: observação participante, com registros da observação nas salas de espera e de conversas informais com profissionais da clínica e familiares em diário de campo, e entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas na íntegra. O atendimento de crianças e adolescentes na clínica estudada é realizado na faixa etária de 0 a 15 anos e volta-se para o tratamento de tumores sólidos.

Os participantes do estudo foram familiares de crianças e adolescentes matriculados na oncologia pediátrica, em tratamento oncológico

-
1. A dissertação “Só sabe mesmo o quanto é difícil, quem passa...: as experiências de familiares nos cuidados de crianças e adolescentes em tratamento oncológico” foi orientada pelas professoras Ivya Maksud e Claudia Bonnan, e defendida em 2019 pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz (IFF/Fiocruz).

ambulatorial. Os critérios de exclusão foram: ser familiar de crianças e adolescentes em cuidados de fim de vida ou que estivessem em processo de internação, de forma a respeitar esse momento marcado por preocupações com cirurgias ou intercorrências clínicas. As entrevistas foram conduzidas no ambulatório durante a ida para consulta com intuito de evitar custos adicionais para os sujeitos. Os familiares receberam explicações sobre a pesquisa, a entrevista, os seus objetivos e a participação voluntária, bem como foi realizada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Os nomes dos participantes foram substituídos por nomes fictícios escolhidos pelos próprios entrevistados.

A análise para interpretação dos dados foi inspirada pelo método de interpretação de sentidos proposta por Gomes (2008). Após as entrevistas transcritas, as mesmas foram conferidas com seus áudios, gerando um quadro com os dados sociodemográficos, relatos, falas e principais conteúdos abordados. Os quadros analíticos produzidos, geraram categorias dialogando com o referencial teórico e suas categorias analíticas, buscando responder aos objetivos do estudo: cuidado como *care* na interface com iniquidades de gênero e divisão sexual do trabalho.

A análise de conteúdo foi a técnica utilizada para identificar categorias e conteúdos relacionados às categorias analíticas do estudo: divisão sexual do trabalho, negociações de cuidado, lugar de homens e mulheres no cuidado. Gomes (2008) aponta que o foco dessa análise é a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema da pesquisa, considerando que são compartilhadas em um grupo que convive com um problema comum, no nosso caso o trabalho de *care* de familiares de crianças em tratamento do câncer. Assim, buscamos nos conteúdos manifestos, interpretar os sentidos que nos possibilitam ultrapassar as aparências do que está sendo comunicado. Nesse caso, sustentamos a proposta de interpretação de sentidos proposta por Gomes (2008) utilizado em consonância aos referenciais teóricos

família, gênero e classe que serviram de base para a pesquisa. Esta pesquisa foi aprovada sob o CAAE 82435618.3.0000.5274.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O foco dessa produção se volta para uma análise do cuidado à luz da literatura do *care*, valorizando a construção sócio-histórica dessas relações, onde a discussão sobre a divisão sexual do trabalho se constrói no diálogo com as iniquidades de gênero, a feminização do cuidado e a influência desses fatores no reconhecimento do cuidado vinculado ao tratamento do câncer, como um trabalho que gera custo social.

Foram realizadas 15 entrevistas, com 19 familiares, no período de abril a julho de 2018. Das entrevistas realizadas, 4 contaram com as presenças do pai e da mãe em conjunto, 2 com pai, 8 com as mães e 1 com a avó. Predomina a presença das mulheres nos cuidados de filho/filha em tratamento oncológico. Em relação à ocupação, 3 mães e 8 pais estavam trabalhando; 1 pai e 1 avô eram aposentados; 6 mães e 1 pai interromperam o trabalho após o diagnóstico, 4 mães já haviam interrompido após o nascimento de filhos e neta por necessidade de cuidados; 1 avó é dona de casa e 1 mãe encontra-se de licença pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) devido a uma questão de saúde. Das 3 mães que trabalham, apenas 1 tinha vínculo formal de trabalho. A ausência de uma legislação trabalhista que possibilite o afastamento para o cuidado é responsável pela saída do trabalho no momento do adoecimento.

O cuidado às crianças e adolescentes nos relatos dos familiares entrevistados é regulado segundo a divisão sexual do trabalho e apontam ainda para a forma como o mesmo está inserido em uma perspectiva de gênero como sendo uma atribuição natural das mulheres. A entrevistada Thainá, mãe de Mel pontua: “cuidar da casa, como sempre, é da mulher. Eu trabalho, estudo e cuido da casa quando chego”.

O perfil dos entrevistados dialoga com a literatura sobre *care*, onde as mulheres são, na maioria, as que deixam o trabalho após o nascimento da criança ou por adoecimento da mesma. São elas também que estão envolvidas em trabalho informal com baixa remuneração, o que as possibilitam conciliar os cuidados no tratamento com os outros filhos e nas tarefas da casa. Biroli (2018) refere que as tensões entre maternidade e trabalho remunerado não são vividas de forma igual pelos homens que são pais porque não se espera deles a mesma disponibilidade para o cuidado que se espera das mulheres, mesmo sendo atribuídos a eles o papel de provedor.

A saída das mulheres do mercado de trabalho, embora possa parecer uma decisão compartilhada, muitas vezes são decididas com base na naturalização do cuidado como tarefa feminina e reafirmada pelos homens. O pai de Mc Queen, Mate, refere que “eu induzi, através de uma conversa e através de um planejamento que eu fiz com ela, para que ela deixasse o trabalho e cuidasse especificamente dele”.

A classe social também influencia a experiência da maternidade. Entre as mulheres de camadas mais pobres, a maternidade não é uma atividade em tempo integral ou quando é em tempo integral ocorre devido ao desemprego e a não possibilidade de conciliar o trabalho remunerado com as tarefas de casa (BIROLI, 2018).

Em relação à composição familiar dos entrevistados, 8 crianças/adolescentes residiam com pai, mãe e irmãos, 2 residiam somente com a mãe e irmãos, 3 crianças residiam com pai e mãe, 1 com os avós de criação e 1 com o pai.

A renda familiar dos entrevistados foi de 1 a 2 salários mínimos em 11 famílias, 1 família não tinha renda, dependendo do auxílio financeiro de outros familiares, 1 declarou-se com renda variável, 1 família com mais de 2 salários mínimos e 1 declarou-se com menos de 1 salário mínimo. A maior parte dos familiares entrevistados relatou uma queda na renda com o início do tratamento pela interrupção ou diminuição do trabalho de mães ou pais.

De modo geral, o perfil dos familiares entrevistados pode ser assim caracterizado: mães, negras, evangélicas, residentes em outros municípios, em maior parte em comunidades, que viviam com renda de 1 a 2 salários mínimos, que pararam de trabalhar devido ao diagnóstico e que contavam com o suporte de outras mulheres, avós, tias, irmãs e vizinhas para o cuidado da casa e dos outros filhos, bem como no revezamento no tratamento. As famílias entrevistadas pertenciam a uma considerável parcela da população com baixa renda familiar.

A literatura aponta ainda a centralidade da mulher nos cuidados, em especial das crianças, apesar da incorporação progressiva do homem na vida doméstica e no cuidado dos filhos. As mulheres dedicam 4,5 vezes mais horas nos afazeres domésticos que os homens e essa diferença é decrescente de acordo com a renda. Nas famílias mais pobres o cuidado terá um impacto grande, pois as mesmas não têm como arcar com tantos custos ou de delegá-lo a outras instituições ou pessoas (SORJ e FONTES, 2012).

A delegação de cuidados das crianças nas famílias em que as mães trabalham, combinam arranjos diferentes de acordo com a classe social. Nas famílias de maior poder aquisitivo acrescenta-se a frequência às creches e pré-escolas privadas com as trabalhadoras domésticas e, nas famílias de menor poder aquisitivo os cuidados com as crianças são compartilhados por instituições de educação infantil públicas e cuidados informais de parentes (SORJ e FONTES, 2012), como refere Thainá, mãe de Mel: “As meninas, quem cuida pra mim é a avó, enquanto eu trabalho. E a minha mais velha, é a avó dela, por parte de pai [...]”.

Este estudo parte da premissa de que família é uma construção histórica, entendida como “um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consanguíneos” (MIOTO, 1997, p.114). A família é situada na história e não na natureza, sendo atualizada em contextos sociais e culturais específicos, por leis e políticas públicas (BIROLI, 2018).

Se os dados sociodemográficos da pesquisa nos apresentam um retrato das famílias entrevistadas no diálogo com as iniquidades de trabalho, renda e gênero, os conteúdos das entrevistas nos possibilitaram identificar 2 grandes núcleos de sentidos: (1) “Cuidado da casa como sempre é da mulher”: as mulheres no cuidado; (2) A surpresa: os homens também estão no cuidado. Seguimos na discussão dos mesmos.

“CUIDADO DA CASA COMO SEMPRE É DA MULHER”: AS MULHERES NO CUIDADO

O cuidado foi construído ao longo da história como uma habilidade natural feminina enquanto os homens constituíam-se como os provedores da subsistência da família. No entanto, para Saffioti (2016) não há na sociedade fenômenos que sejam naturais. A autora refere que as atividades humanas são mediadas pela cultura, como arsenal de signos e símbolos por meio dos quais as atividades tomam sentidos, e pelo poder, que estrutura as hierarquias e formas de dominação. Para as mulheres que trabalham também fora do ambiente doméstico, em um contexto onde não se reconhece o *care* como trabalho, a dupla jornada pode representar uma dupla exploração.

Na cultura patriarcal a primazia do cuidado é da família, mais especificamente das mulheres, vistas como as responsáveis pela reprodução social e cuidado de crianças e adolescentes e/ou pessoas com necessidades de cuidados. O trabalho doméstico e os cuidados não são reconhecidos por sua característica social e permanecem numa invisibilidade política conforme analisam Gama, Rocha e Romero (2017). Na análise das entrevistas essa ideia é reforçada quando há o entendimento da necessidade de ter uma mulher nos cuidados domésticos e com os outros filhos, naturalizando o cuidado como papel das mulheres e demarcando a questão de que a casa precisa da presença feminina.

As entrevistadas, também, não apresentam o olhar de que o cuidado no tratamento constitui-se como um trabalho além das tarefas domésticas e do trabalho remunerado.

O cuidado com crianças, idosos, doentes crônicos ou pessoas com deficiências é delegado às famílias. O trabalho doméstico e familiar permanece invisível para a economia apesar da sua importância para o bem-estar dos membros das famílias e para a coesão social e familiar. Essa discussão encontra-se praticamente ausente dos modelos macroeconômicos de onde provêm as políticas públicas e seu financiamento. As pesquisas sobre uso do tempo e trabalho não remunerado permitem mostrar que a carga de trabalho não remunerado desigual tem embasamento na discriminação contra as mulheres, a quem esses cuidados são delegados (ARAUJO e FONTOURA, 2017).

De acordo com Abramo e Valenzuela (2016) a América Latina vive uma crise do cuidado decorrente da entrada da mulher no mercado de trabalho e pela permanência da ideia da mulher como a responsável exclusiva por essas atividades. Essa noção impacta a organização das famílias, com poucos avanços em relação à responsabilidade dos homens nos cuidados, na organização do mercado de trabalho e nos processos de formulação de políticas públicas. Nas entrevistas algumas mulheres relatam que o cuidado da casa e das crianças e adolescentes é uma atribuição feminina e quando elas não podem estar presentes, outras mulheres, como avós, tias e vizinhas assumem esse papel.

Thainá, que trabalha e estuda, assim como o pai da menina, considera que é seu papel cuidar da criança. Relata que o pai não tem como deixar a atribuição para acompanhá-la, mesmo que ele tenha possibilidade de organizar seus horários por ser autônomo. Em alguns momentos das entrevistas foi comum escutar “a senhora é mulher e entende” reafirmando a naturalização desse papel como inerente à mulher. Helena, mãe de Maria Fernanda, conta que ao longo do tratamento permaneceu nesse cuidado com pouco auxílio de seu parceiro:

Porque desde que ela nasceu, todo acompanhamento médico dela, sou eu que tô. Então já virou uma coisa assim, natural. Eu não questiono”. (Helena, mãe de Maria Fernanda).

O trabalho despendido para o cuidado desempenhado de forma gratuita acarreta, na maior parte em uma vulnerabilidade social, pois quem está envolvido nesse cuidado encontra dificuldade em exercer o trabalho remunerado. E na ausência ou insuficiente suporte de políticas de assistência pelo Estado cabem às mulheres arcar com esses custos. Aqueles que têm a possibilidade de contratação desses cuidados no mercado e o atribuem a outras pessoas conseguem manter-se no mercado de trabalho (BIROLI, 2018).

As mulheres nas entrevistas relatam os cuidados desde o nascimento das crianças como responsabilidade delas e não há um questionamento sobre isso. Itaboraí (2017) aponta que para o avanço na equidade de gênero e um equilíbrio entre o trabalho realizado no público e no privado é necessário combater não só a diferença na relação entre a segregação no espaço ocupacional e as diferenças salariais, como também a redução das desigualdades na vida familiar que impacta de forma diferentes homens e mulheres.

Na pesquisa com os familiares, alguns relatos se referem a essa temática. Embora as mulheres tenham uma sobrecarga de atividades, e algumas trabalhavam fora do ambiente doméstico, elas consideram o cuidado como sua atribuição principal e quando os homens estão envolvidos são percebidos como pessoas que ajudam. Os relatos das mulheres são que os homens trabalham muito e estão cansados para participar mais ativamente dos cuidados no tratamento oncológico.

Patrícia, mãe de Fonseca fala que o esposo não assume tarefas domésticas e logo se justifica dizendo que ele trabalha muito, afirmação por ele consentida. O pai refere: “Meu trabalho é muito cansativo, eu trabalho correndo. Ai quando eu chego em casa é só um banho, comer alguma

coisa e dormir”. Ela assume o cuidado do filho na oncologia, o controle de tratamento do outro filho menor em outro hospital e as tarefas da casa.

Outra entrevistada, além do cuidado da criança em tratamento oncológico, ainda auxilia no cuidado dos avós idosos e das tarefas domésticas, tendo de parar de trabalhar com o adoecimento do filho e considera que seu esposo trabalha muito para participar com ela no tratamento e nos cuidados da casa. As mulheres não consideram as tarefas de casa e o cuidado no tratamento com as crianças e adolescentes como um trabalho.

Biroli (2018) refere que o acesso desigual aos cuidados e a posição de quem cuida constituem-se como dimensões das desigualdades de gênero, classe e raça. Os cuidados demandam tempo, disponibilidade e recursos financeiros. A autora aponta que apesar das relações de cuidado envolverem questões de ordem pessoal e afetiva, o mesmo se organiza em determinados ambientes institucionais e econômicos. Ressalta a importância de considerar perspectivas que busquem um equilíbrio entre garantias individuais, solidariedade social e responsabilidade do Estado.

Não há respaldo na legislação trabalhista, até então vigente, de afastamento/licença para o cuidado de outra pessoa e o mesmo depende de tempo fazendo com que quem está envolvido nessa atividade não consiga inserir-se no mercado formal de trabalho.

Com a saída das mães do trabalho, a diminuição da renda, o aumento dos gastos com alimentação, transporte, demandas com os outros filhos e as tarefas da casa há aumento de necessidade de suporte, que em sua maioria, é prestado por outras mulheres da família ou por vizinhas. A literatura do *care* refere que nas famílias de classe alta e média esse suporte pode ser adquirido no mercado, através de serviços e cuidadores remunerados, mas com as famílias das classes populares esse auxílio na maior parte é solidário, o que se destacou na maioria das entrevistas.

Paiva (2008) aponta que as “soluções familiares” aparecem quando o Estado segue uma agenda rígida de controle de gastos e cortes, fazendo com que os indivíduos busquem soluções nas suas redes de apoio. Vaistman e Andrade (2002) apresentam que nos países em desenvolvimento as redes de suporte como familiares, vizinhos e amigos são as únicas possibilidades de ajuda com que as famílias carentes podem contar. Nos relatos das entrevistadas os avós e familiares são suporte nos cuidados e as próprias mulheres estão envolvidas nos cuidados de outros familiares.

Meu pai e minha mãe conseguem ficar com meu pequenino para eu vir para o hospital. Que aí quando ele sai da creche, eles ficam com ele até eu chegar [...]... (Patrícia, mãe de Fonseca).

Aí lá, são 4 casas no quintal, então tem bastante criança no quintal. Aí, quando meu tio tá com uma criança brincando com ele já, aí eu ‘vigia rapidinho que eu vou botar um arrozinho no fogo’, ‘vigia que eu vou fazer não-sei-o-que’, aí ‘fica um pouquinho pra eu tomar um banho’[...]. Aí lá, as pessoas, se eu pedir assim, eles ficam. (Eliane, mãe de Davi).

A falta de políticas públicas ou a baixa qualidade dos serviços ofertados faz com que parentes ou outras mulheres da comunidade assumam a tarefa de cuidar das crianças, sendo comum sua permanência na casa da mãe ou de outra mulher da família. A maternidade das mulheres nas comunidades mais pobres pode ocorrer de formas mais coletivas, solidárias ou também remuneradas (BIROLI, 2018).

A SURPRESA: OS HOMENS TAMBÉM ESTÃO NO CUIDADO

Durante muito tempo na Instituição onde a pesquisa foi realizada, foi uma exceção a permanência de homens como acompanhantes na internação e não era possível sua permanência na casa de apoio que oferece hospedagem às crianças e adolescentes em tratamento e seus familiares, o que reforçava as mulheres como as principais cuidadoras. Este fato era comum nas unidades hospitalares, mesmo não tendo uma rotina formal com tal proibição. A legislação refere o direito ao acompanhante e não preconiza o sexo do mesmo.

No campo da pesquisa houve uma surpresa: uma presença maior e mais atuante dos homens no cuidado das crianças/adolescentes em tratamento. Foram realizadas 6 entrevistas onde os pais estavam presentes. No entanto, durante o período de internação na enfermaria a presença dos homens como acompanhantes não era tão grande, mesmo sendo permitida sua permanência. Eles estavam mais presentes como visitantes.

Os homens não são socializados para o cuidado de outros e nem o seu próprio. Essa questão também pôde ser percebida nas entrevistas. Com as famílias, os homens em sua maioria são os provedores e as mulheres aquelas que deixam o trabalho para cuidar dos filhos. A naturalização e a existência de papéis definidos surgiram nos relatos de homens e mulheres. Em vários momentos da pesquisa, as entrevistadas referem o cuidado do homem como uma “ajuda” e como responsabilidade delas. Alguns relatos apontam para o cuidado do homem no momento em que as mulheres precisam se afastar do hospital. Eles são entendidos por elas como uma substituição temporária. Apenas uma mãe declarou que tanto a mãe quanto o pai precisam estar envolvidos nos cuidados oncológicos do filho, da outra filha e das tarefas da casa.

Os homens consideram-se como provedores e acham que as atividades domésticas são ajuda/auxílio e não como sua responsabilidade. Uma das mães entrevistadas disse que ela assume os cuidados porque

dados o trabalho do pai, ele não tem como se deslocar (é taxista e trabalha como autônomo). Ela, que trabalha também, tem vínculo empregatício e não tem, pela atual legislação, possibilidade de licença ou afastamento do trabalho para cuidar da filha, considera que ele é quem deve trabalhar. Apesar de ser ela aquela que exerce atividade remunerada, com risco de demissão, é ele que não tem vínculo, e que teria talvez a possibilidade de reorganizar seus horários de trabalho, que é visto por eles como provedor da família.

A liberação ou adequação do horário dos pais no trabalho é uma questão que facilita a presença no acompanhamento de seus filhos. Os pais que estavam presentes nas entrevistas relataram a possibilidade de acompanhamento nas consultas pela liberação ou reorganização dos horários de trabalho. Um pai entrevistado relata: “Se eles não me liberassem, não teria como estar aqui”.

Os homens estão presentes, mas em sua maioria mantêm-se no mercado de trabalho e não são os principais cuidadores no tratamento e participam quando têm liberação no trabalho.

Uma questão importante a se considerar é como os próprios profissionais nas instituições de saúde reforçam o cuidado como referente às mulheres quando adequam rotinas de acompanhamento somente por mulheres ao longo de períodos de internação. Uma mãe entrevistada relata sobre a primeira internação da filha, quando teve seu diagnóstico oncológico, em uma unidade municipal, para o estranhamento do pai como cuidador. Segundo interpretação da mãe, o pai tornou-se suspeito de abuso por parte dos profissionais.

O pai foi indagado por estar como acompanhante e ficou sob suspeita inclusive de um “abuso” quando avaliavam a possibilidade de uma gestação antes da realização de exames que comprovassem o diagnóstico. A mãe trocou com o pai no dia seguinte e foi indagada a esclarecer tudo o que tinha acontecido com a filha. O pai foi visto pela equipe de saúde como alguém suspeito de ter causado algum tipo de violência à filha e não como integrante e responsável também por seus cuidados.

Nas entrevistas os familiares relatam mudanças no comportamento de outros membros das famílias e nos cuidados da criança; 2 entrevistadas ressaltam que com o diagnóstico os pais tornaram-se “um paizão” e eles próprios apontam mudanças após o início do tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os relatos na pesquisa apontam para a forma como a divisão sexual do trabalho, papéis e estereótipos de gênero operam na organização do cuidado. As mulheres, mães, avós, tias e vizinhas são as maiores envolvidas nos cuidados das crianças e adolescentes em tratamento oncológico, assim como nos cuidados dos outros filhos menores dessas famílias e na realização das tarefas domésticas cotidianas. Isso é naturalizado, entendido como uma característica feminina. Nas entrevistas, muitas vezes, as mulheres expressam a percepção de que o cuidado da casa e das crianças e adolescentes “é papel delas”. Em algumas entrevistas, as mulheres dizem que passam todo o tempo do seu dia dedicado a tais tarefas.

No campo, uma quantidade considerável de homens acompanhava seus filhos e estavam envolvidos no tratamento, o que de alguma forma representa uma mudança na noção do cuidado como exclusivamente papel da mulher. Entretanto, como nas pesquisas realizadas sobre uso do tempo, o cuidado realizado pelos homens ainda é considerado como auxílio às mulheres e diferenciado do prestado por elas. O homem acompanha o tratamento, traz de carro ou contribui com o dinheiro, mas no cotidiano das internações e exames, em maior parte são as mulheres que estão inseridas. Da mesma forma, nas tarefas domésticas são as mulheres ou suas mães, sogras, irmãs e vizinhas que as substituem quando necessário. Nas entrevistas as mulheres contam que os homens “ajudam” ou “auxiliam” nos cuidados. Eles são apontados por elas como

substitutos quando as mesmas não podem realizar a tarefa do cuidado ou que complementam o trabalho delas, mas não há uma percepção clara de que o cuidado também é responsabilidade dos homens.

Muitas vezes, nos serviços de saúde os profissionais de saúde reproduzem a ideia naturalizada de que o cuidado é uma tarefa feminina. As mulheres são mais cobradas sobre os cuidados e, quando esses não são prestados do modo que a equipe de saúde considera adequado, elas são “culpabilizadas”. Não há, na maior parte das vezes uma cobrança pela presença e inserção dos homens no cuidado.

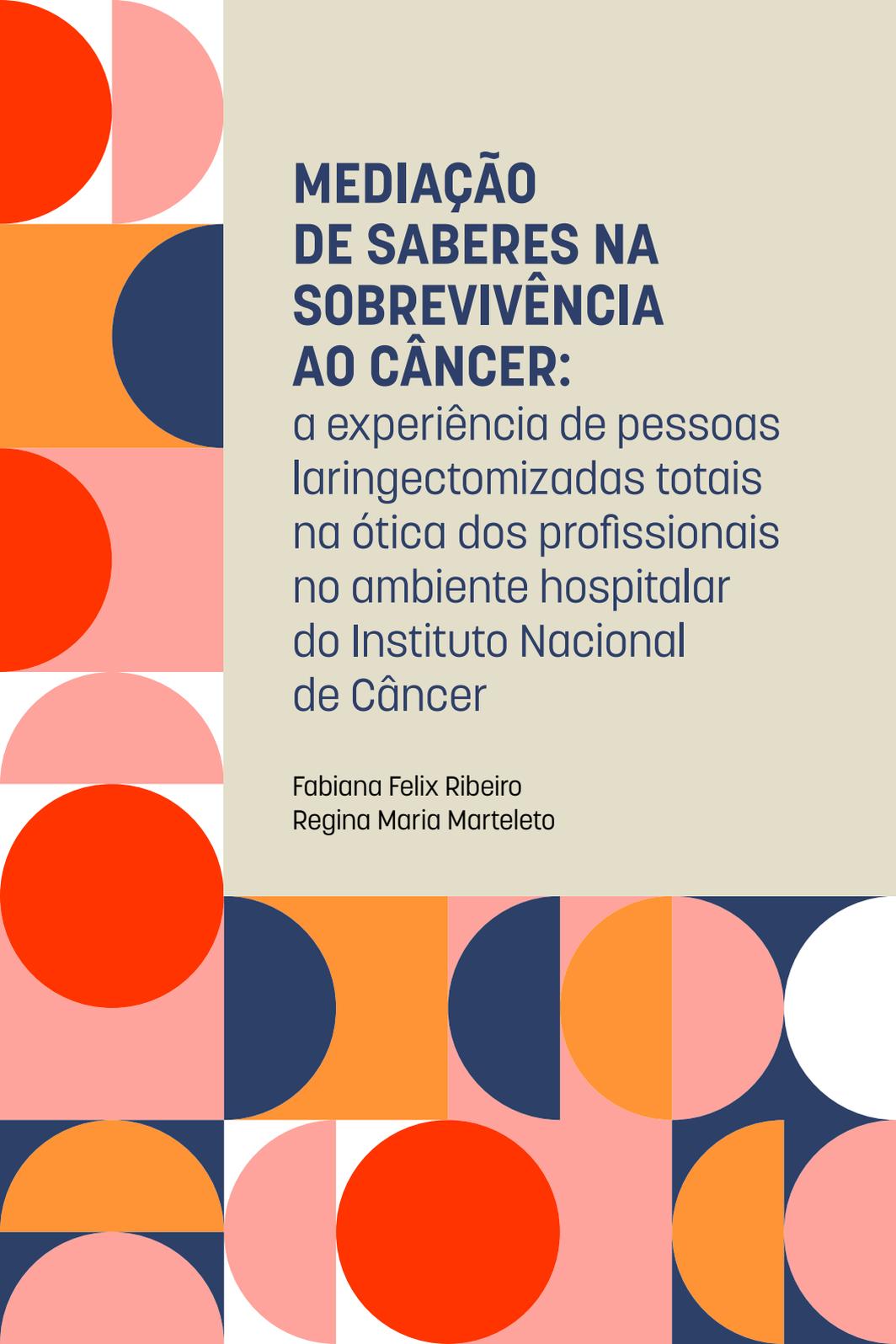
As reflexões deste estudo remetem a pesquisas de autores que discutem o *care*, que discutem a invisibilidade e a necessidade de reconhecimento do cuidado como trabalho e desse trabalho como fundamental para a reprodução social. Esse reconhecimento — que para ser efetivo deve se expressar nas dimensões jurídico-normativas, culturais, institucionais e práticas — é crucial para o desenvolvimento de políticas públicas realmente eficazes, que possam dar suporte às pessoas adoecidas e aos seus cuidadores. O cuidado, em especial durante o acompanhamento de uma criança e adolescente em tratamento oncológico, sobrecarrega as famílias, principalmente as mulheres. O trabalho com a casa, com os outros filhos e as atividades de trabalho tornam-se conflitantes e/ou incompatíveis com aquele do seguimento do tratamento e provisão dos cuidados com os doentes.

A análise aponta para a necessidade do reconhecimento pela sociedade e pelo Estado do cuidado como um trabalho fundamental para a reprodução social que demanda tempo, gastos financeiros e políticas efetivas de suporte.

REFERÊNCIAS

- ABRAMO, L.; VALENZUELA, M. E. Tempo de trabalho remunerado e não remunerado na América Latina: uma repartição desigual. In: ABREU, A. R. P.; HIRATA, H.; LOMBARDI, M. R. *Gênero e trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais*. São Paulo: Boitempo, 2016.
- ARAÚJO, C.; VEIGA, A. Um difícil equilíbrio: vida familiar e trabalho remunerado de mulheres e homens no Estado do RJ. In: ARAUJO, C.; GAMA, A. (Org.). *Entre a casa e o trabalho: gênero e família no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: ABE Graph Gráfica e Editora, 2017.
- BIROLI, F. *Gênero e desigualdades: os limites da democracia no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2018.
- BOURDIEU, P. Compreender. In: BOURDIEU, P. (Org.) *A miséria do mundo*. Petrópolis: Vozes, 2012.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER — INCA. *Câncer infantil*. Disponível em: <https://www.gov.br/inca>. Acesso em: 13 jun. 2020.
- CANESQUI, A. M. Adoecimentos de longa duração: análise da literatura publicada em seis periódicos de Saúde Coletiva/Saúde Pública. In: CANESQUI, A. M. *Adoecimentos e sofrimentos de longa duração*. Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 2013.
- FEDERICI, S. *Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Elefante, 2007.
- FONTOURA, N.; ARAÚJO, C. (Org.). Introdução. In: FONTOURA, N.; ARAÚJO, C. (Org.). *Uso do Tempo e gênero*. Rio de Janeiro: UERJ, 2016.

- GAMA, A.; ROCHA, L.; ROMERO, K. Percepções sobre o papel das políticas públicas relacionadas ao trabalho e à vida familiar. In: ARAÚJO, C.; GAMA, A. (Org.). *Entre a casa e o trabalho: gênero e família no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: ABE Graph Gráfica e Editora, 2017.
- GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo, M. C. S.; Deslandes, S. F. *Pesquisa Social: Teoria, Método, Criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- KERGOAT, D. O cuidado e a imbricação das relações sociais. In: ABREU, A. R. P.; HIRATA, H.; LOMBARDI, M. R. *Gênero e trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais*. São Paulo: Boitempo, 2016.
- PAIVA, S. P. Famílias e vulnerabilidades: retratos e representações sociais. In: *Libertas — Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora/MG*, v.8, n.2, p.129-149, jul-dez/2008.
- SAFFIOTI, H. I. B. Conceituando gênero. In: RODRIGUES, C.; BORGES, L.; RAMOS, T. R. O. (Org.). *Problemas de gênero*. Rio de Janeiro: FUNARTE, 2016.
- SORJ, B.; FONTES, A. O *care* com um regime estratificado: implicações de gênero e classe social. In: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. (Org.). *Cuidados e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Editora Atlas S/A, 2012.
- VAISTMAN, J. Prefácio. In: TRAD, L. A. B. (Org.) *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. In: *Cadernos de Pesquisa*, v.37, n.132, set./dez. 2007.
- MIOTO, R. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. *Serviço Social e Sociedade*. Rio de Janeiro: Cortez, n.55, 1997.



MEDIAÇÃO DE SABERES NA SOBREVIVÊNCIA AO CÂNCER:

a experiência de pessoas
laringectomizadas totais
na ótica dos profissionais
no ambiente hospitalar
do Instituto Nacional
de Câncer

Fabiana Felix Ribeiro
Regina Maria Marteleto

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é fruto da pesquisa de doutorado produzida a partir de reflexões acerca da sobrevivência ao câncer de laringe, que engloba, além da situação de deficiência decorrente da cirurgia de laringectomia total, a experiência estigmatizante vivenciada por pessoas laringectomizadas totais (LT).

O objetivo do estudo é compreender a experiência, a mediação de saberes e as informações produzidas pelas pessoas LT, que participam do Grupo de Laringectomizados Totais (GLT) do Hospital do Câncer I do Instituto Nacional de Câncer (HCI/Inca), na interface com outros atores sociais e os profissionais de saúde, considerando o seu enquadramento normativo, institucional e classificatório e sua dupla condição de estigma, relacionados ao câncer e à condição de deficiência.

O eixo teórico principal baseou-se na abordagem socioantropológica da informação e da saúde, ancorada na rede conceitual representada principalmente pelos conceitos de sobrevivência, estigma, classificação em saúde e mediação de saberes. A abordagem metodológica orientou-se pela hermenêutica dialética, de modo a alcançar uma compreensão do objeto de estudo a partir de suas contradições e expressões sociais, simbólicas e do cuidado em saúde. No trabalho de campo junto aos atores da pesquisa, foram empregados os seguintes instrumentos de pesquisa: a) entrevistas narrativas com pacientes membros do GLT; b) entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde que atuam diretamente no cuidado e assistência às pessoas LT; pesquisa documental nos boletins do Inca a fim de perceber o processo de criação e desenvolvimento do GLT ao longo do tempo.

Neste capítulo trataremos de um recorte do estudo focado nas práticas e nas ações de cuidados na assistência hospitalar, baseado nos depoimentos dos profissionais de saúde entrevistados na pesquisa de campo, no entanto sem perder de vista que suas percepções se relacionam às

das pessoas em situação de sobrevivência ao câncer que fazem parte do GLT. Percebe-se no cotidiano da assistência que as pessoas adoecidas enfrentam inúmeras dificuldades de ordem socioeconômica, de acesso ao tratamento e na dinâmica das suas redes sociais de apoio. Tais condições se somam ao desafio de tratamentos complexos, que exigem disponibilidade e recursos, diante de uma realidade marcada por condições sociais adversas.

A incidência de câncer vem crescendo em todo o mundo, sendo considerada uma das principais causas de morbidade e mortalidade. No Brasil, a estimativa para o triênio 2020-2022 é de aproximadamente 625 mil novos casos a cada ano (INCA, 2019). Por outro lado, ao longo do tempo vem aumentando a população de sobreviventes ao câncer, de acordo com dados nacionais, fator que se atribui a mudanças sociais e demográficas e acesso ao diagnóstico e tratamento.

O processo de sobrevivência ao câncer se inicia no diagnóstico e se prolonga por toda a vida. Embora o conceito de sobrevivência ao câncer seja ainda pouco conhecido e estudado no Brasil, é um dos fenômenos associados à complexidade deste adoecimento que engloba uma série de dificuldades e desafios a serem enfrentados pelos pacientes, famílias, profissionais e pelas políticas públicas (ROWLAND e BELLIZZI, 2014). Segundo Barsaglini (2013, p.94) a sobrevivência vai englobar 2 aspectos, quais sejam, os adoecimentos que perduram e as condições crônicas. Ambos remetem à importância da noção de experiência, e da compreensão de como as pessoas lidam com os problemas de saúde, incluindo os estados que exigem cuidados prolongados.

A laringectomia total consiste na extração completa da laringe, fator que acarreta alterações físicas, psicológicas e sociais significativas.

Através da traqueostomia definitiva, um tipo de ostomia¹, considerada deficiência pela legislação brasileira², as pessoas LT passam a respirar e reaprendem novas formas de comunicar-se ao manejarem o som através da vibração de estruturas anatômicas preservadas pela cirurgia. Além destas, surgem as dificuldades de deglutição e alterações na face e pescoço, que comprometem a imagem corporal e a reinserção social³. Identifica-se então, um processo duplo de estigmatização associado a uma situação de adoecimento crônico e à condição de deficiência.

Nesse sentido, é notório que as pessoas que se encontram nessa condição híbrida sofrem um processo de pouca escuta institucional acerca de suas demandas, experiências e saberes construídos nesse processo de adoecimento-deficiência. O estigma, segundo Goffman (1988, p.117), marca o que deve ser aceito e valorizado em sociedade e o que deve ser desvalorizado.

Para os adoecidos, existe a dificuldade em ter reconhecida a sua condição de deficiência, ao passo que são enquadrados e classificados por um diagnóstico tendo como foco o tratamento. Essas assimetrias chamam a atenção sobre a relação entre estigma e classificação, enquanto

1. De acordo com a Portaria nº 400 de 16 de novembro de 2009, do Ministério da Saúde (MS), a pessoa ostomizada é aquela que, em decorrência de um procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização do sistema (digestório, respiratório e urinário), possui um estoma que significa uma abertura artificial entre os órgãos internos com o meio externo. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html.
2. A ostomia respiratória (traqueostomia definitiva) é considerada deficiência pelo Decreto nº 5.296 de 03 de dezembro de 2004. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2004/decreto-5296-2-dezembro-2004-534980-norma-pe.html>.
3. Conceito relacionado a retomada de vínculos e do convívio social por meio da convivência em espaços e instituições sociais (PARANHOS-PASSOS e AIRES, 2013).

construtos sociais que elencam atributos e características pessoais voltados para a normatização e padronização, desvalorizando outras informações, práticas e experiências que fujam a tais definições.

A construção social sobre o estigma influencia as práticas sociais, dentre elas as práticas de classificação (GOFFMAN, 1988; JUTEL, 2021). Se por um lado o estigma influencia os sistemas de classificação em saúde, por outro lado a mediação de saberes surge como uma ferramenta que fornece elementos para a evidenciação de informações ocultadas nesse processo, podendo contribuir para a superação do estigma e de modelos classificatórios fechados que servem a esse sistema.

A mediação de saberes funciona como uma chave ou operador teórico, metodológico e epistemológico (MARTINS, 2018) que permite a compreensão dos hiatos e lacunas que se configuram nas interações, bem como as formas de ocultação de determinados fenômenos sociais. Assim como também demarca como os saberes são produzidos e circulam social e culturalmente (MARTELETO e COUZINET, 2013).

A partir do entendimento de que a experiência de sobrevivência ao câncer não é algo disseminado enquanto informação social, ou seja, amplamente reconhecido enquanto tal, é evidente que os processos e questões existentes nessa trajetória são de certa forma desvalorizados e fadados ao desconhecimento social. No entanto, trata-se de questões que possuem relevância, englobam saberes e evidenciam a importância de serem abordados de forma mais ampla.

Nessa perspectiva procura-se, neste recorte da pesquisa, abordar as vivências e saberes construídos no ambiente hospitalar pelos profissionais de saúde em interação com os pacientes. O saber classificatório e as informações unidirecionais em saúde poderiam ser reconfigurados a partir de certas mediações para questionar as hierarquias profissionais e potencializar os saberes técnicos e do mundo da vida que circulam nas relações construídas no cotidiano do cuidado e assistência.

MÉTODO

Os participantes da pesquisa foram as pessoas LT inseridas no GLT do HCI/Inca e os profissionais de saúde (fonoaudiólogo, enfermeiro e fisioterapeuta) que acompanham as atividades do grupo de forma sistemática. O GLT, cenário da pesquisa, existe no HCI/Inca desde a década de 1980, segundo pesquisa documental realizada no InformeInca⁴ tendo como objetivo inicial o trabalho de terapia vocal. Posteriormente sob a coordenação do Incavoluntário⁵ assume um modelo de grupo de ajuda mútua, coral e trabalho voluntário. Atualmente o grupo conta com cerca de 15 participantes, sendo aberto a todas as pessoas LT matriculadas no instituto. O GLT realiza um encontro semanal e trabalha as questões do convívio, além das outras atividades. O estudo se baseia na pesquisa qualitativa exploratória constituída de 4 fases: a entrevista narrativa com as pessoas LT, o grupo focal com pessoas LT, a entrevista semiestruturada com profissionais de saúde e a análise documental acerca da criação do GLT e sua trajetória no HCI/Inca. A pesquisa se encontra cadastrada na Plataforma Brasil sob CAAE: 42742621.5.0000.5274.

Foram construídas categorias tendo em vista a organização e análise dos dados. Para fins do propósito desta coletânea e devido ao volume de dados, serão apresentados apenas os resultados referentes às entrevistas realizadas com os profissionais de saúde a partir das seguintes categorias elencadas: informações pessoais (cor da pele, sexo, idade, formação, tempo de trabalho na instituição); percepções sobre o adoecimento, estigma e sobrevivência vivenciados pelas pessoas LT; percepções sobre a mediação entre pessoas LT, profissionais e instituição.

4. Jornal periódico de circulação interna do INCA.
5. Programa institucional responsável pelo planejamento e promoção das ações voluntárias no INCA. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/Incavoluntario>.

ANÁLISE E RESULTADOS

Os profissionais de saúde que participaram da entrevista semiestruturada foram 3 pessoas do gênero feminino, que acompanham o GLT há muitos anos. Para fins de sigilo as participantes foram nomeadas como Andréia (41 anos), Mirtes (45 anos) e Julia (66 anos). Trata-se de 3 mulheres brancas que atuam profissionalmente como fonoaudióloga, fisioterapeuta e enfermeira, respectivamente. Andréia tem 10 anos de trabalho na instituição, enquanto Mirtes tem 20 e Julia tem 38 anos. Tais categorias profissionais são centrais na história do GLT, enquanto outras são convidadas a interagir com o GLT a partir de suas demandas. A enfermeira, devido ao tempo maior na instituição, acompanhou por mais tempo a trajetória do GLT sendo uma referência para o grupo. Vale destacar que os profissionais utilizam o termo “paciente” para se referirem às pessoas LT.

Sobre a categoria adoecimento percebem o impacto do diagnóstico na vida das pessoas LT, assim como a retirada da laringe e a perda da voz como algo “*assolador*”, “*uma antecipação da morte*”, “*um momento difícil*”. Destacam que a demora para o diagnóstico contribui para o avanço da doença, fator que vem acompanhado de outras questões difíceis como o medo da cirurgia, a dificuldade socioeconômica, cognitiva e de acesso à informação, além da falta de preparo para lidar com tantos impactos como a traqueostomia de urgência, a perda da voz, e o impacto na vida laboral.

“ A questão do câncer de laringe... acho que o primeiro impacto quando o paciente recebe esse diagnóstico é a questão da possibilidade de não poder falar mais, então a questão da região das cordas vocais, em que ele vai ou perder parte da laringe... a gente fala então no grupo de laringectomizados totais, o paciente vai perder totalmente a sua laringe...

o primeiro medo, o primeiro impacto é: 'eu não vou falar mais, como vai ser a minha vida depois que eu não puder falar mais!' Porque até que eles venham depois mais à frente entender os mecanismos que eles podem recuperar no processo de fala, a primeira questão é que 'eu vou tirar o órgão da voz e como é que eu vou me comunicar', eu acho que essa é uma das primeiras coisas... além do diagnóstico de câncer! Que o diagnóstico que é assolador para qualquer indivíduo... o diagnóstico do câncer de laringe que vai impactar dessa forma na "minha vida". [MIRTES]

Quanto ao estigma, uma profissional cita que a família não tem muita tolerância com a situação e que os pacientes exigem muita paciência dos profissionais. Essa questão da paciência pode englobar as dificuldades da pessoa LT, da família e da rede de apoio para realizar o cuidado diante de uma nova condição, quando todos ainda estão despreparados para lidar com ela:

“ [...] relatam... que às vezes a família não tem muita paciência porque precisa, nessa fase, enquanto eles não conseguem fazer a voz adaptada... fazer a leitura labial e que nessa fase a família não tem muita paciência para tentar se comunicar e eles vão ficando estressados e começam a falar mais rápido... e quanto mais rápido falam mais difícil fica de compreender essa leitura labial... falam disso... e falam da dificuldade quando precisam ir a algum lugar como um banco e precisam se comunicar e que é muita dificuldade, e aí muito constrangimento... muitas das vezes nesse momento... tosse e sai secreção e tem que estar limpando e fica aquele aspecto de nojo e todo mundo fica em volta... principalmente nos ambientes que são alheios à questão da instituição de saúde, que conhece a realidade deles, então tudo gera constrangimento... comer em público, comer em restaurante muitas vezes gera constrangimento e eles evitam de fazer...” [MIRTES]

Os profissionais chamam atenção para as condições de vida das pessoas LT e de suas famílias. A situação precária de vida pode ser tão ameaçadora quanto o próprio câncer. Noutra sentença, as pessoas LT enfatizam outras dimensões da vida associadas à experiência de adoecimento por câncer, como os elos que se formam com familiares, amigos, profissionais no decorrer do processo de tratamento. Dentro dessa realidade, têm elaborado parte dos sofrimentos que acometem suas vidas e que se materializam nos desafios de sobrevivência que passam pela questão da moradia, da saúde, da violência etc. O seu enfrentamento tem se dado, dentre outros recursos, com o apoio mútuo que produz como efeito a melhora na saúde das pessoas (VALLA, 2011, p.320).

Nesse aspecto não cabe aos profissionais de saúde e outros mediadores o julgamento, mas a ideia de que é necessário compreender que as classes populares produzem conhecimento e fazem sua própria análise da realidade, embora predomine ainda no campo da saúde, a dificuldade em compreender a sua lógica:

Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir das suas vivências, que são vividas de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional. Nós oferecemos nosso saber porque pensamos que o da população é insuficiente e, por esta razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente (VALLA, 1996, p.179).

No caso das relações entre profissionais e pessoas LT, percebe-se que devido à aproximação entre realidades diferentes, necessária ao processo de reabilitação, há uma busca dos profissionais em compreender as dificuldades que estão ocultas, para identificar perspectivas que possam determinar o uso adequado de um determinado dispositivo ou comprometer o cuidado. Uma profissional trata dessa questão ao verificar que algumas questões fundamentais no cuidado não surtiam efeito:

“ [...] eu chamava a atenção e ele morava perto da minha casa... Ele dizia que não conseguia fazer essa higiene ... e eu não tinha a percepção de que realmente ele não conseguia... eu falei quando você for pra casa eu vou na tua casa... vou lá te mostrar que você consegue! Quando eu cheguei na casa dele... ele morava num barracinho... com chão de terra, galinha... o cachorro dentro de casa, 6 pessoas... eu não via banheiro... e ele sentado olhando para a rua... eu falei que ele não podia ficar na rua... ‘tá vendo doutora!’ A pia que eu vi era a pia de louça, a pia de escovar dente, a pia que ele colocava a secreção pra fora! Então a gente não tem noção do que eles passam! Então o nosso trabalho é sempre chamar para eles fazerem o melhor... mas o melhor pode estar muito aquém da nossa expectativa...” . [ANDRÉIA]

Os profissionais citam situações que desencadeiam o estigma em relação à pessoa LT, como a tosse, a secreção, o comer em público que gera nojo nas pessoas e provoca uma reação de distanciamento e estigmatização, fator que contribui para que essas pessoas evitem espaços públicos, pelo constrangimento, estresse e nervosismo que isso pode provocar. A padronização de um lugar específico para as pessoas LT, obedecendo aos ditames de uma estrutura de enquadramento como o GLT, pode ser entendido como um lugar “*mais confortável para os estigmatizados*”:

“ [...] por isso muitas vezes eles se sentiam confortáveis aqui... Porque aqui é o espaço deles, ninguém tinha uma visão preconceituosa, porque todos estavam na mesma condição e quem não estava na mesma condição, estava numa condição acolhedora com eles aqui...[...] O quanto eles são bem recebidos em qualquer lugar em que estejam dentro do hospital, dentro de um ambiente que conhece a realidade deles, e quando eles estão fora desse espaço as dificuldades que

eles enfrentam na comunicação, na questão da tosse, da secreção, que são situações que geram bastante problema e transtorno emocional!”. [MIRTES]

Uma profissional reflete que a doença é tão estigmatizada que as pessoas evitam mencionar a própria palavra “câncer”, porque ela traz uma “*sentença de morte*”. Além do câncer a pessoa LT tem um estigma maior relacionado: a perda do poder de fala, a traqueostomia, o seu rosto e sua identidade alterados, o que além de outras dificuldades como a baixa escolaridade e condições de vida precárias, contribuem para afetar a sua autoestima.

“ [...] o diagnóstico de câncer já traz uma... uma antecipação da morte... então para alguns deles... já se consideram pré óbito. E todo doente de câncer é um pouco estigmatizado. A doença é estigmatizada, porque ainda se tem: ‘Ah... é aquela doença’, têm pessoas que não falam a palavra câncer. E o estigma é isso! Porque todo mundo acha que a pessoa que está com câncer vai morrer! Mas morrer todo mundo vai morrer! Ainda existe muito preconceito e desconhecimento em relação ao tipo de tratamento. E o doente laringectomizado tem um estigma maior porque ele perde o poder da fala, do som da voz e o IGLT junto com a fonoaudiologia e com todo o trabalho que é feito aqui, fisioterapia e tal... e com o próprio grupo... dentro do próprio grupo, eles reaprendem a falar. O que é bonito nesse grupo é isso... as pessoas ficam impressionadas como o laringectomizado canta”. [JÚLIA]

“ [...] a cirurgia de cabeça e pescoço modifica algumas partes do rosto do indivíduo então para eles e para qualquer um... a sua identidade é seu rosto, o rosto que você tem... É difícil... E muitos deles não sabem ler nem escrever... então quando ele se vê querendo se expressar e as pessoas não entendem ele fica stressadíssimo. Então quando eles reaprendem a falar

eles ficam mais confiantes e a traqueostomia também é uma coisa que está no nível do pescoço... é permanente... isso faz como que ele seja obrigado a ter cuidados permanentes com essa cânula para ele poder respirar... não podem mergulhar e na hora do banho tem todo um cuidado e tem uns até que colocam uma borrachinha que veda, senão vai água para o pulmão...". [JÚLIA]

Em relação ao estigma uma entrevistada aponta a prótese e o uso da HME (dispositivo que protege a traqueostomia, funcionando como um filtro e que diminui a produção de secreção) como dispositivos que diminuem a sensação do estigma em espaços sociais, aproximando as pessoas LT a um certo padrão de “normalidade”. Dentre todas as dificuldades a traqueostomia é o principal desafio, pois ela envolve o cuidado e o estigma. Outra profissional aborda as estratégias de autocuidado das pessoas LT para driblar o estigma, citando o kit de higiene e o “espelinho” que carregam na bolsa, além de apontar para os riscos e a importância da orientação profissional articulada aos saberes desenvolvidos pelos pacientes:

“ Eles criam! Eu tenho um paciente que ele conta rindo e a gente querendo bater nele, rrsrrs, que ele estava num carnaval bebendo e paquerando as meninas... ele tossiu e a prótese voou... Ele era para fazer o quê? Vir correndo para cá, né? (Emergência) Mas... você sabe quem é né! Mas ia acabar com a saidinha dele né... Aí o que ele fez? foi no banheiro pegou a prótese e enfiou de novo... Já sei trocar a prótese, dra.! Oi? É fica tranquila é só me dar que eu troco! Eu falei: Está maluco? Então tem essas coisas... Tem coisas que são benéficas e outras que são maléficas... Mas eles desenvolvem... e tem que desenvolver mesmo! Eles têm que criar estratégias para o autocuidado! Tem que ter estratégias!”. [ANDRÉIA]

A pessoa LT que procura não aparentar que é traqueostomizada busca não ser identificada como tal, assim ninguém percebe a deficiência e consegue alcançar uma proximidade com a “normalidade”. Essas mediações entre as orientações de cuidado por parte dos profissionais e a sua apropriação pelas pessoas LT vão exigir uma manobra para contornar ou evitar o problema:

“ Eu tenho um paciente que o orgulho dele é as pessoas não saberem que ele é paciente... Toda vez que ele entra no Inca ele diz: Você acredita que eu fui entrando pela recepção e me perguntaram onde eu ia e eu disse que era paciente e a funcionária disse: ‘Nossa! mas não parece!’ ... Então o orgulho dele... não é um relato incomum não! Vários falam a mesma coisa! ‘Nossa nem pensaram que eu tinha operado!’ Você se sentir igual, comum... normal... É o ponto... E como eles usam vários dispositivos... então ele quer não botar a mão... tudo isso... todos esses equipamentos são para chegar próximo do normal, o mais normal possível, o mais distante daquela situação possível, não tossir, não botar a mão para falar, não trocar a cânula... o mais próximo do que eu era antes...”. [ANDRÉIA]

Quando os profissionais abordam a categoria estigma, automaticamente se reportam às estratégias desenvolvidas pelos pacientes para driblar o estigma e a importância das mediações entre orientações profissionais e saberes advindos da experiência, o que caracteriza o GLT como espaço de mediações e troca de saberes.

Os profissionais de saúde consideram que a sobrevivência é uma conquista, um progresso comemorado a cada passo da reabilitação. Essa conquista vem acompanhada de uma gratidão das pessoas LT à instituição. Muitos chegam a abordar o trabalho voluntário como uma retribuição ao Inca numa relação de gratidão e dádiva vistas como reciprocidade (MAUSS, 2011, p.77), na qual dão algo de si e transformam a

si mesmos nesse processo de ressignificação da vida, algo necessário e que buscam nessa trajetória. *“O medo da recidiva é um fantasma que todo paciente com câncer tem que enfrentar”*. Outra profissional aponta que o trabalho voluntário que as pessoas LT desenvolvem nas enfermarias traz de volta, para quem está no leito, uma esperança de sobrevivência:

“ [...] a sobrevivência... a conquista de ... que eu estou aqui... eu sobrevivi ao câncer... era pra eu não falar e eu estou aqui falando... eu não estou só falando... eu estou cantando... então a questão da conquista é um ponto forte também! O quanto eles ficavam felizes quando eles conseguiam alcançar uma nova etapa nessa recuperação... olha eu já estou assim, eu já estou assado, eu já consigo fazer isso eu já consigo fazer aquilo... em todas as esferas da recuperação... seja na recuperação da melhora respiratória... olha eu já não tenho mais secreção, olha eu já consigo falar ou cantar isso, olha eu já consigo me movimentar melhor então todas essas conquistas... cada pequena conquista que eles tinham em cada momento... a comemoração de cada conquista!... é uma certa gratidão à instituição, porque eles reconhecem muitas vezes aqui um tratamento diferenciado... um olhar diferenciado... [MIRTES]

Todas as profissionais entrevistadas contam a história da origem do GLT que começa com um trabalho desenvolvido por uma fonoaudióloga (Célia Schwarz) no ano de 1983, voltado para reabilitação e terapia de voz em grupo. Essa profissional criou o primeiro Coral do Brasil (GAL). Depois que se aposentou o Incavoluntário assumiu o grupo que passou a se constituir como grupo de ajuda mútua, com um formato mais lúdico:

“ [...] aquela história... do começo do grupo... foi uma fonoaudióloga que atuou há muitos anos atrás diretamente aqui e ela criou o primeiro coral de laringectomizados, a proposta era um coral e aí o coral funcionou durante muito tempo... era uma

atividade... até onde eu sei... eu sei um pedaço da história... e aí eu acho que ela se aposentou... Em algum momento ... o Incavoluntário passou a estar à frente da organização e da dinâmica de como funcionaria o grupo... Foi criado inicialmente por um profissional com foco de coral que se aposentou... não tinha ninguém que assumisse aí o Incavoluntário se eu não me engano... assumiu... então. E aí passou a não ser um grupo de coral... não era mais o foco ser coral... passou o grupo a ter um outro caráter de mútua ajuda.... Um grupo em que pacientes pudessem ajudar uns aos outros com os diversos enfrentamentos que eles viviam no dia a dia. Então as dificuldades em relação á estigmatização, em relação ao enfrentamento, em relação a socialização, as atividades cotidianas [...]”. [MIRTES]

“ [...] O primeiro grupo de laringectomizados do Brasil! Coral né! E ela (fonoaudióloga) tinha esse objetivo de fazer... E ela até fez uma frase: ‘o canto facilita a reintegração social e etc’. E a partir daí o grupo foi tomando várias vertentes... aí o coral passou para mão do voluntariado... e foi tomando outra proporção e eu acho que até em determinado momento se perdeu um pouco essa questão do canto... sabe? A gente teve uma questão de ter um grupo operativo... de ajuda mútua... mas que tinha uma questão recreativa... de tomarem um lanche etc”. [ANDRÉIA]

No ano de 2019, a fonoaudióloga entrevistada cria o grupo Incanto, retomando o trabalho com o coral e terapia da voz, iniciado pela fonoaudióloga pioneira. Esse grupo visa oferecer aos pacientes um trabalho técnico de voz. Então existem esses 2 espaços, em que os pacientes podem circular. Com o Incanto a fonoaudiologia busca retomar a sua autonomia com o foco na terapia de voz.

“ [...] A gente tem o Incanto que agora está on-line (devido à pandemia) a gente está fazendo o grupo on-line e o nosso foco é fazer terapia... voltou a ser o que era com a Célia... Isso bateu

muito em mim quando eu fiz o primeiro Congresso de Fono-oncologia e eu revi a história dela e eu comecei a ver os outros corais no Brasil com esse foco e nós temos um grupo de fono-audiólogas que são de coral no Brasil inteiro, porque tem vários corais no Brasil inteiro e o INCA é meio que a pessoa que leva... O INCA é o primeiro... as pessoas vêm me perguntar as coisas e eu me senti meio acuada nesse sentido... eu não estou fazendo esse trabalho voltado para a voz... com essa massificação de melhorar a voz... a qualidade... eu não estava fazendo terapia, você entende? Eu sou terapeuta! Então quando a gente fez o primeiro OncoFon eu fui a pessoa que falou do grupo terapêutico e eu comecei a voltar com a história da Célia Schwarz e eu vi essa questão da voz... e a importância do canto... eu não posso deixar essa questão do canto ser recreativa, somente! Eu não posso deixar uma pessoa... não desmerecendo... mas assim que não conhecimento de causa... cantar e escolher as músicas ... as músicas que eles cantam lá (GLT) não são apropriadas para uma voz esofágica, uma voz traqueoesofágica... e a pessoa não faz de maldade é por que ela não tem conhecimento da causa... Vamos separar aqui... [ANDRÉIA]

Uma outra preocupação relacionada à sobrevivência é a questão da alta institucional, uma vez que esses pacientes não poderão ficar para sempre no Inca: “[...] *eles são sobreviventes, e onde estão as políticas públicas destinadas a esse segmento?*” (Andréia). De acordo com a estrutura do sistema de saúde, deveriam retornar para acompanhamento na rede básica, o que dificilmente acontece. A visão técnica e de gestão às vezes não considera tais dificuldades: “*Para onde vamos encaminhar esse paciente? O Inca como órgão gestor deveria deflagrar essas questões com a rede de atenção básica de saúde*” (Andréia).

Sobre as mediações e saberes entre profissionais, pessoas LT e instituição, as profissionais destacam 4 aspectos importantes:

1. A reciprocidade que acontece entre o GLT, profissionais e convidados. No momento do coral e da música acontece a vivência da reciprocidade, da retribuição e da gratidão:



[...] e sempre no final acabava em música... porque eles traziam os instrumentos e no final sempre cantavam alguma coisa, ensaiavam alguma coisa e sempre que vinha algum convidado aqui eles cantavam no final para o convidado... e eles sempre faziam uma retribuição cantando... óbvio, era outro momento de fortíssima emoção, sempre para todos, para o convidado, para nós e para eles. As emoções eram sempre muito fortes aqui nessa atividade!”. [MIRTES]

2. O vínculo que se forma entre profissionais e GLT, com o compartilhamento de situações importantes da vida de ambos. Uma das profissionais lembra de um fato marcante:



[...] minha filha mais velha tem 12 anos e vim dar a notícia para eles aqui de que eu estava grávida... e foi uma coisa muito marcante!... a primeira filha... e depois eu engravidei do segundo filho de novo: agora é menino ou menina? Aquela festa toda de família! Que a gente faz aquelas coisas todas de família! Então a minha filha mais velha tem 12 anos e na gestação dela eu já comuniquei aqui”. [MIRTES]

3. A interação dos residentes com o grupo, como espaço de aprendizado, onde se estabelece uma troca de saberes e a aproximação do saber técnico com o saber da experiência:

“ Quando eu dava aula para os nossos residentes, nas aulas sobre laringectomia... eu sempre buscava colocar as aulas nas quartas-feiras de modo que eu pudesse sair da aula e vir com os residentes aqui... eu estou falando sobre tudo isso aqui agora vamos ver o que é tudo isso... e aí vinha aqui com os residentes e todos se reuniam em volta dos residentes e começavam: 'Isso aqui é assim, isso aqui é assado, olha o que eu faço, olha o meu...' Das minhas atividades... de tantas atividades que a gente desenvolve aqui... o grupo de laringectomizados era uma das que eu fazia assim com maior prazer, um prazer muito grande... gratificante o tempo inteiro! O tempo inteiro!”. [MIRTES]

4. O trabalho voluntário desenvolvido pelas pessoas LT como forma de mediação entre pacientes novos e antigos é abordado pelos profissionais como uma ação importante:

“ [...] em muitos casos o que funcionava de uma forma muito interessante é quando os voluntários laringectomizados iam até o leito do paciente para falar 'olha eu já tive como você aí e olha para mim, eu estou aqui falando, conversando com você'... e muitos deles quando vinham para mim relatavam a importância disso que quando o voluntário chegou lá... de aventalzinho rosa, e falou para eles que fizeram a mesma cirurgia que eu e eu vi eles falando! Que aquilo era uma coisa muito importante para eles saberem que têm a possibilidade de chegarem àquele ponto! Não tem como a gente mensurar o tamanho disso”. [MIRTES]

Uma das profissionais reflete sobre como os saberes carecem de interação constante. Cita uma passagem de um momento da vida profissional que a fez refletir e problematizar o modelo de formação dos profissionais de saúde e nesse ponto se identifica no GLT:

“ [...] por exemplo a gente tem uma técnica que a gente faz aqui... a dita lavagem intestinal que é feita de uma forma diferente do que é feita lá fora e que existe uma técnica escrita, mas que a gente aqui faz de uma forma diferente porque o doente pode ter um tumor intestinal... Então como é que se aprende a lidar com esses seres humanos? Você lidando com eles e convivendo com eles, errando e acertando! Por isso que a gente tem que ter muita observação até na linguagem corporal...”. [JÚLIA]

Esses pontos traduzem parte da experiência dos profissionais junto ao GLT e das mediações desenvolvidas nesse processo tanto por eles quanto pelas pessoas LT.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na estrutura hierárquica existente entre as categorias profissionais, no ambiente hospitalar, observa-se a racionalidade biomédica como estruturadora das ações em saúde. A distância dos médicos nesse processo vivenciado pelas pessoas LT após o tratamento em si, já significa uma separação entre quem salva e recupera a saúde, daqueles “outros” profissionais que atuam em outros planos, como a reabilitação. As diferenças na formação dos profissionais de saúde vão se refletir nos conflitos e tensões existentes no trabalho multiprofissional, onde diferentes pessoas e grupos possuem interesses distintos entre si, em relação aos objetivos da própria organização da qual fazem parte (FARIAS e VAITSMAN, 2002, p.1.236).

A categoria médica, apesar de reconhecer o GLT e suas ações, pouco se envolve nesse processo, enquanto outras categorias se vinculam aos saberes produzidos e que circulam no espaço do grupo. Essa divisão no processo de trabalho em saúde diz muito sobre as relações hierarquizadas

e como essa estrutura de trabalho se ancora nas informações sociais, seguindo os mesmos moldes, como no caso do estigma e das classificações em saúde.

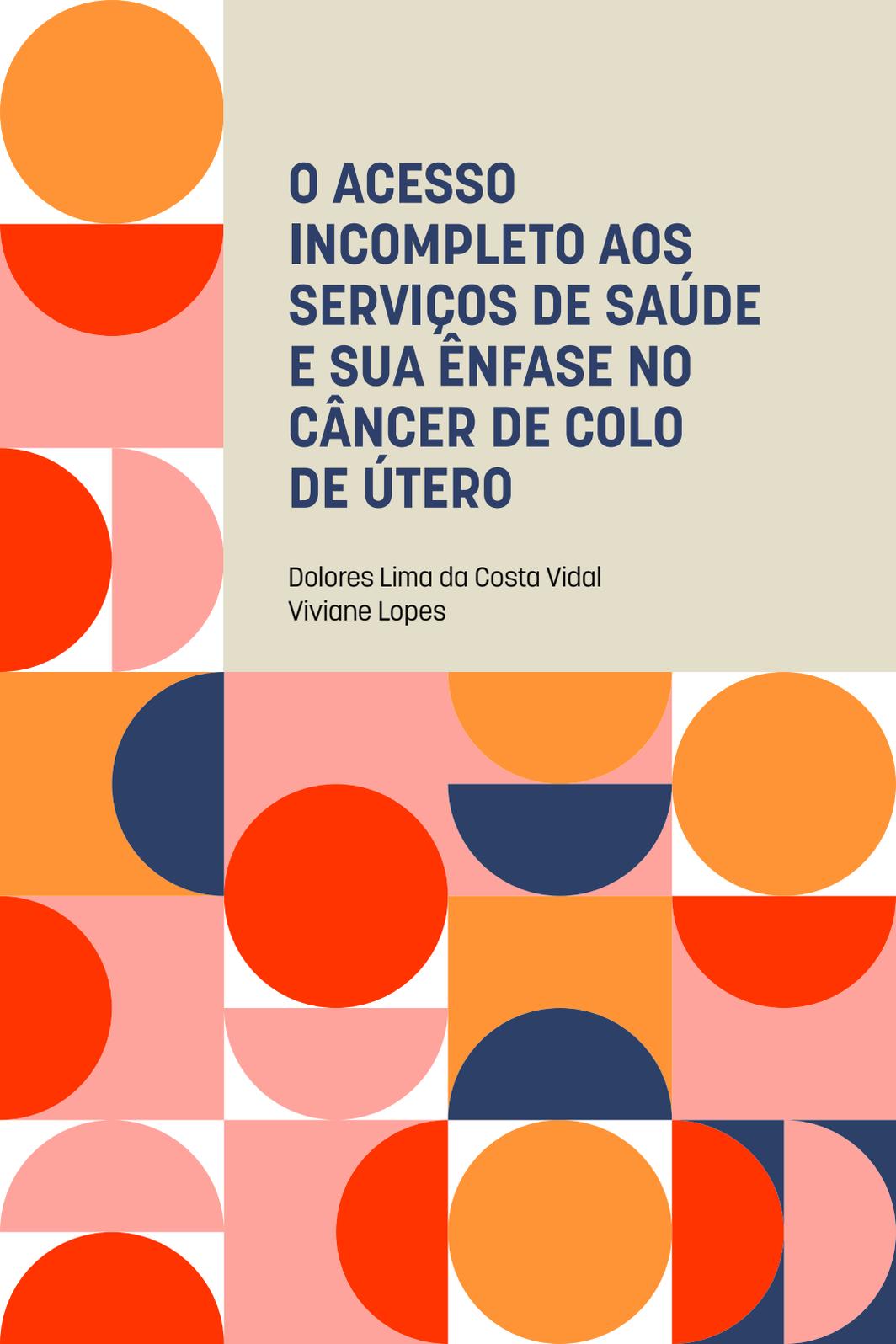
Em relação às mediações de saberes verifica-se a coexistência entre mediações que envolvem as orientações dos profissionais em relação aos cuidados e manutenção da qualidade de vida e as mediações mais transformadoras desenvolvidas a partir da experiência construída pelos LT. A mediação no cotidiano da interação entre o saber técnico especializado e o saber construído através da experiência, abre espaço para a compreensão de diferentes visões de mundo e condições de vida, na interface com as exigências do tratamento e a nova condição de deficiência. Tais realidades dialogam e se interpenetram, superando posicionamentos dicotômicos, sem perderem suas identidades no processo de apropriação de outros saberes.

Apesar disso, nas ações dos profissionais, ainda prevalece a centralidade no conhecimento técnico-assistencial. No entanto, é possível observar que há uma busca em apreender o movimento da realidade junto a outros saberes, haja vista que isso se torna indispensável para o enfrentamento cotidiano das complexidades presentes no processo de tratamento oncológico.

REFERÊNCIAS

- BARSAGLINI, R. Adoecimentos crônicos, condições crônicas, sofrimentos e fragilidades sociais: algumas reflexões. In: CANESQUI, A. M. *Adoecimentos e sofrimentos de longa duração*. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2013.
- BRASIL. *Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 04 nov. 2021.
- FARIAS, L. O.; VAITSMAN, J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1229-1241, set./out 2002. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2002.v18n5/1229-1241/pt>. Acesso em: 21 dez. 2021.
- GOFFMAN, E. *Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1988.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER — INCA. *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, INCA, 2019.
- JUTEL, A. Reflexões sobre o diagnóstico e a experiência da enfermidade. In: BARSAGLINI, R.; PORTUGAL, S.; MELO, L. (Org.). *Experiência, saúde, cronicidade: um olhar socioantropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ;/ Imprensa da Universidade de Coimbra, 2021.
- MARTELETO, R. M.; COUZINET, V. Mediações e dispositivos de informação e comunicação na apropriação de conhecimentos: elementos conceituais e empíricos a partir de olhares inter cruzados. *RECIIS — R. Eletr.de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v.7, n.2, jun. 2013.

- MARTINS, A. A. L. Mediação: perspectivas dialéticas. In: CHAUDIRON S.; TARDY, C.; JACQUEMIN, B. (Org.). *Médiations des savoirs: la mémoire dans la construction documentaire*. In: Colóquio Científico Internacional da Rede Mussi. *Anais*. Villeneuve d'Ascq: Université de Lille, 2018.
- MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva. Lisboa: Edições 70/LDA, 2011.
- PARANHOS-PASSOS, F.; AIRES, S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: UERJ, n.23, 2013.
- ROWLAND, J. H.; BELLIZZI, K. M. *Cancer survivorship issues: life after treatment and implications for an aging population*. *J Clin Oncol*. 32(24): 2662-8, 2014.
- VALLA, V. V. A vida religiosa como estratégia das classes populares na América Latina de superação da situação do impasse que marca suas vidas. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec Editora, 2011.
- VALLA, V. V. A Crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. *Educação & Realidade*, 21(2):177-190, jul.-dez. 1996.



O ACESSO INCOMPLETO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUA ÊNFASE NO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Dolores Lima da Costa Vidal
Viviane Lopes

INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero (CCU) é o quarto câncer mais incidente em mulheres nas regiões Sul e Sudeste, excetuando-se os cânceres de pele não melanoma; e o segundo mais incidente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (INCA, 2019). Nesse sentido, caracteriza-se como uma questão de saúde pública e objeto de preocupação tanto em âmbito nacional quanto mundial. Estudos realizados por Arbyn et al. (2020), a partir de uma análise mundial de dados de estimativas de câncer em 185 países, concluíram que o CCU encontra-se entre os 3 principais cânceres que afetam mulheres com menos de 45 anos.

O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico, assim como o desenvolvimento de ações de educação em saúde, vacinação de grupos indicados e detecção precoce do CCU, que está sob a responsabilidade da Atenção Primária (INCA, 2016). A conclusão do diagnóstico de CCU é elaborada a partir dos resultados de exames como biopsia, colposcopia, tomografia e ressonância magnética. Estes últimos, relacionados à definição do estadiamento do câncer, necessário para o planejamento do tratamento (INSTITUTO ONCOGUIA, 2020; INCA, 2020A). Portanto, a conclusão do diagnóstico remete ao acesso a serviços especializados, em âmbito ambulatorial. Entendendo acesso aos serviços de saúde enquanto “capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo” (VIACAVA et al., 2004, p.721);

Contudo, no Brasil, o diagnóstico de câncer de colo de útero ocorre tardiamente (LOPES e RIBEIRO, 2019), o que sinaliza para a presença de barreiras de acesso aos serviços de saúde, podendo ser de tipo organizacional, financeira, de informação e/ou geográfica (TRAVASSOS e CASTRO, 2012).

Assim, este capítulo de dupla autoria, busca refletir em que medida as dificuldades de acesso aos serviços de saúde de média complexidade,

contribuem para a falta de conclusão do diagnóstico do câncer de colo de útero. Para realização dessa análise utilizou dados inéditos referentes a acesso aos serviços para conclusão do diagnóstico de CCU, oriundos da tese de doutorado de Lopes (2018) e discussões sobre a temática, a partir de estudos e experiências profissionais, das autoras. O pressuposto para as discussões toma como base a integralidade da atenção à saúde abarcada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). E, a partir desse princípio, considera a forma de acesso aos serviços de saúde, no tempo oportuno, como condição básica para a conclusão diagnóstica do CCU, e conseqüentemente, para a efetivação do direito a saúde, conforme preconizado pela Constituição Federal de 1988 e pelo SUS.

ACESSO AOS SERVIÇOS E A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

O acesso aos serviços de saúde consiste em importante marcador para a avaliação dos sistemas de saúde, podendo contribuir para identificação dos desafios presentes no SUS.

Travassos e Martins (2004) afirmam que o acesso aos serviços diz respeito à relação entre as características da oferta de serviços e a capacidade destes de atender às necessidades de saúde de uma determinada população. Assim, quando o acesso aos serviços de saúde se realiza em seu sentido amplo — ou seja, para além da entrada em um serviço de saúde, remetendo à continuidade da atenção à saúde — constitui um processo no qual se operacionaliza o princípio da integralidade da atenção à saúde, previsto pelo SUS. Ao passo que, quando há a descontinuidade desse acesso, seja através da demora a um exame complementar para realização diagnóstica, das dificuldades no interior do sistema de contrarreferência ou no atraso nas consultas de retorno, por exemplo, temos o denominado “acesso incompleto” ao SUS (VIDAL, 2008).

Segundo a Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990) a integralidade se expressa por um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Portanto, enfatiza a perspectiva da articulação e da continuidade da atenção à saúde, realizada pela rede de serviços de saúde em seus 3 níveis de ação (baixa, média e alta complexidade), remetendo à organização e à gestão da rede de serviços de saúde.

Ampliando o sentido da integralidade da atenção à saúde, Ayres e Kalichman (2016, p.8) apresentam 4 eixos em torno dos quais a integralidade tem sido experimentada no campo da saúde, sendo: a) *Eixo das necessidades*, que diz respeito à qualidade e à natureza da escuta, acolhimento e resposta a necessidades que não se restrinjam a distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo, sem descuidar deles; b) *Eixo das finalidades*, que remete aos graus e modos de integração entre ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos e recuperação da saúde/reinserção social; lida com a noção de eficiência dos serviços e de seu acesso oportuno e conveniente por indivíduos, famílias e comunidades; c) *Eixo das articulações*, que se refere aos graus e aos modos de composição dos saberes interdisciplinares, de equipes multiprofissionais e de ações intersetoriais para criar as melhores condições para oferecer resposta efetiva às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada; d) *Eixo das interações*, que problematiza a qualidade e a natureza das interações nas práticas de cuidado, objetivando condições efetivamente de diálogo entre os sujeitos participantes dos encontros relacionados à atenção à saúde, condição de realização dos eixos anteriores.

Em outras palavras, no que se refere à atenção ao CCU, mas não somente a ele, é essencial a constituição e articulação de uma rede de serviços de saúde, da qual fazem parte unidades básicas, de média e de alta complexidade, incluindo os serviços de apoio a diagnósticos e

a terapia (SADT), como sinaliza a definição das linhas de cuidado para este tipo de atenção (INCA, 2020B). Logo, remete à integralidade da atenção à saúde no sentido da garantia de ações preventivas assim como para diagnóstico, tratamento e reabilitação. Nessa perspectiva, a presente análise se associa ao eixo das finalidades e à definição legal da integralidade, anteriormente mencionadas.

A PRESENÇA NEOLIBERAL E AS REPERCUSSÕES NO ACESSO À SAÚDE

O usufruto do direito à saúde, cuja expressão fundamental é a garantia de acesso aos serviços de saúde, pressupõe o financiamento público de tais serviços. Contudo, a relação Estado-sociedade brasileira configura-se, em contexto de implementação do Estado mínimo, pelo subfinanciamento de políticas públicas, denunciado por diversos pesquisadores (BARROS e PIOLA, 2016; MARQUES, 2017). Esse subfinanciamento tem impedido a consolidação do SUS como política universal, o que é reconhecido pela prática cotidiana dos serviços da rede SUS.

O subfinanciamento foi motivo de disputa de visões no transcorrer histórico. Segundo Marques (2017), a destinação para a saúde da arrecadação da contribuição sobre a folha de salários decresceu de 31,1%, em 1991, para 15,5%, em 1993, quando na prática a ideia de seguridade social foi sepultada. Tal ideia encontra-se formalizada pela Constituição Federal de 1988, mas sem definição de sua fonte de financiamento.

No processo de busca de soluções para a ampliação do financiamento do SUS foi aprovada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), que passou a vigorar em 1997. Contudo, sua arrecadação também foi utilizada por outras áreas e de modo concomitante ocorreu a redução da “alocação da receita oriunda da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e da Contribuição

sobre o Lucro Líquido (CSLL), que foi direcionada para a Previdência Social” (MARQUES, 2017, p.39). Ou seja, os limites financeiros da área da saúde permaneceram.

Um novo passo se traduziu na definição da participação das 3 esferas de governo no financiamento da saúde a partir da aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 29, em agosto de 2000, cujo processo de regulamentação tramitou na Câmara Federal em 2004, mas diante da tensão existente entre área econômica do Governo Federal e as sociais, sua regulamentação foi sancionada somente em 2012, pela Lei nº 141.

Em 2015, nova alteração foi efetivada a partir da EC nº 86, que define que a participação do Governo Federal na saúde passaria a ser calculada com base na receita corrente líquida (RCL), gerando perda de recursos para a saúde (MARQUES, 2017).

Mais recentemente, a partir de 2016, o discurso do poder público federal deu novos passos no sentido da redução do compromisso público com o financiamento de políticas públicas, via Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 95/2016, expondo abertamente a ausência de condições financeiras para arcar com o compromisso previsto em leis com as políticas sociais. Nessa perspectiva, o orçamento da saúde sofreu ampla restrição e os governos, desde então, se articulam efetivamente com o setor empresarial da saúde, sendo propostos os Planos Populares de Saúde e a participação dos prestadores privados de assistência à saúde na definição da política de saúde, com a criação conselhos de especialistas que assessorariam os prefeitos (BRAVO, PELAEZ e PINHEIRO, 2018), entre outras alterações (SOARES, 2018).

Segundo Marques, a partir de dados da Agência Nacional de Saúde (ANS, 2017), o setor de ‘saúde suplementar’ em dezembro de 2016 era composto por operadoras médico-hospitalares e exclusivamente odontológicas, cobrindo 25,4% e 10,9% da população brasileira, respectivamente. Isso expressa crescimento do setor privado da saúde, se comparado aos 10 anos anteriores, quando tais percentuais eram de

19,2% e 3,4%, respectivamente. Em concomitância, ocorre o desenvolvimento do “segmento privado financiado diretamente por seus usuários no momento do consumo dos cuidados” (MARQUES, 2017, p.42).

Corroborando, Lopes (2021, p.232), a partir de dados do Banco Mundial (2019), afirma:

Diante às barreiras de acesso aos serviços de saúde ocorre grande participação de gastos de próprio bolso, efetuados pelas famílias no Brasil. [...]. Os gastos do próprio bolso chegam a 43,6% do gasto total com a saúde. No Brasil, o principal fator que expõe as famílias a tais condições é a baixa participação do gasto público com saúde, de apenas 33,2% do gasto total em saúde, composto por gastos públicos somados a gastos do próprio bolso e a pagamentos de planos de saúde. Na zona do Euro, a média desta participação é de 79,8% e na América Latina e Caribe, atinge a 47,3%.

Assim, o subfinanciamento caracteriza-se como elemento basilar para a promoção da convivência entre projetos antagônicos na política de saúde brasileira, denominados de ‘projeto privatista’, ‘projeto da Reforma Sanitária’ e ‘projeto SUS Possível’ (BRAVO, 2009; SOARES, 2018), o que resulta em limites no acesso aos serviços de saúde da rede SUS.

O projeto privatista se relaciona à contrarreforma do Estado e, portanto, às diretrizes neoliberais norteadoras da política de ajustes expressa pela “contenção dos gastos com racionalização da oferta e descentralização com isenção de responsabilidade do poder central”, cujas propostas condiz com um pacote básico para a saúde a ser ofertado aos segmentos mais vulneráveis em paralelo à presença de “ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento” (BRAVO, 2009, p.101). Ou seja, é um projeto que se contrapõe aos princípios e diretrizes do projeto pela Reforma Sanitária, referente

ao SUS, que defende o Estado democrático e de direito, responsável por políticas sociais, entre elas a de saúde.

Segundo Soares (2018), desde os governos do Partido dos Trabalhadores (PT) o ‘projeto SUS Possível’ já se configurava, recuperando fragmentos descolados da totalidade do ‘projeto de Reforma Sanitária’, mas expressando, muitas vezes, um caráter contrário ao “marco legal original do SUS e às propostas de gestão de âmbito privado” (SOARES, 2010, p.60). Assim, houve a adoção da estratégia de refuncionalização dos princípios do SUS, que “adquirem conteúdos distintos da racionalidade hegemônica no ‘projeto de Reforma Sanitária’ (Idem, 2010, p.56).

Assim, na perspectiva do ‘projeto da Reforma Sanitária’, expresso pelo SUS, em relação ao CCU, a diretriz vigente é apresentada por sua linha de cuidado, envolvendo ações de prevenção, diagnóstico precoce, conclusão diagnóstica, tratamento e cuidados paliativos (INCA, 2016). Contudo, o contexto sociopolítico brasileiro se configura na tensão entre projetos em disputa, constituindo-se um desafio a garantia do acesso integral aos serviços de saúde.

No que se refere ao acesso aos serviços para conclusão do diagnóstico de CCU, Lopes (2018) afirma em estudo realizado sobre o município do norte do Estado do Rio de Janeiro, que entre 9 mulheres residentes na localidade, 4 realizaram exames relacionados ao diagnóstico — biópsia e/ou preventivo — através de pagamento particular e 5 usuárias realizaram estes exames pelo SUS. Entre estas últimas, no entanto, 3 usuárias pagaram exames de ressonância magnética, relacionados ao planejamento de tratamento. Destas, 1 usuária também pagou exame de ultrassonografia. Entre as 4 usuárias que pagaram exames para diagnóstico, 1 realizou todos os exames por pagamento particular. Assim, na fase de diagnóstico houve ampla utilização de serviços particulares, na modalidade “social”, pois mesmo as mulheres que realizaram a biópsia pelo SUS efetivaram pagamentos para os exames de imagem, necessários ao planejamento do tratamento, sem os quais o tratamento não pode ser iniciado.

A literatura registra que o maior limite de acesso aos serviços referentes ao diagnóstico do CCU encontra-se na fase de conclusão diagnóstica. Lopes e Ribeiro (2019, p.3.438), após estudo sobre o tema, elencaram as principais dificuldades relacionadas aos limites de acesso, quais sejam:

Baixa oferta de serviços; carência de recursos humanos; superlotação; grande proporção de casos com estadiamento avançado; dificuldades na marcação de consultas e/ou exames; atrasos nos atendimentos; demora na entrega de resultados de exames e extravio destes resultados; cobrança de pagamento, por parte dos médicos, para obtenção de acesso diferenciado na rede assistencial; morosidade nos encaminhamentos médicos prorrogando as marcações de consultas para investigação diagnóstica; emissão de diagnósticos errados por médicos e/ou laboratórios; má qualidade na atenção por não identificação da doença em virtude da não devida consideração às queixas iniciais; descumprimento dos protocolos; referenciamento incorreto; falta de preparo técnico dos profissionais de saúde; discordâncias importantes entre profissionais acerca do atendimento ofertado; presença de favoritismo e desrespeito à fila de espera; falta de acolhimento; falta de resolutividade; deficiência na comunicação entre níveis de atenção à saúde; falhas no armazenamento de dados das pacientes; fragilidade no acolhimento e vínculo.

Em síntese, pode-se acrescentar que esses limites estiveram relacionados tanto a barreiras organizacionais quanto a “ação de profissionais de saúde” (LOPES e RIBEIRO, 2019, p.3438). Ainda que o estudo se refira a uma população específica, observa-se que os limites apontados pelos autores também se estendem aos demais usuários que necessitam de atendimento aos serviços especializados, tanto no que se refere a dificuldades de acesso para diagnósticos diversos quanto para a continuidade do cuidado pelo SUS (SILVA et al., 2017; OLIVEIRA e SOARES, 2020).

Nessa perspectiva, se destacam os limites de acesso aos serviços de saúde sinalizados em estudo realizado por Magaldi e Vidal (2020), relativo a crianças e adolescentes com condições crônicas às terapias multidisciplinares de saúde, que se mostraram similares aos apontados por Lopes e Ribeiro (2019), entre eles: tempo de espera para acessar a vaga, falta de acolhimento e necessidade de desembolso direto para atendimento.

A DIMENSÃO DO ACESSO À SAÚDE A PARTIR DO SISTEMA DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Em 2008, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria MS/GM nº 1.559, e nela estão elencadas 3 dimensões da Regulação, a saber: a Regulação de Sistemas de Saúde; Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação do Acesso à Assistência também denominada Regulação Assistencial ou Regulação do Acesso (BRASIL, 2008). A abordagem deste capítulo se centra na última dimensão apontada, isto é, na Regulação Assistencial, que prevê as ofertas de serviços referentes à atenção pré-hospitalar e urgências, internação, consultas e exames. Logo, iremos nos deter na regulação referente ao acesso a consultas especializadas e exames.

De acordo com as diretrizes para a implantação de complexos reguladores do MS a Regulação deve ser efetivada por meio dos Complexos Regulares, que são estruturas constituídas por centrais de regulação e uma rede de unidades de saúde organizadas por nível de complexidade a partir da atenção primária (BRASIL, 2010).

A ação regulatória objetiva, conforme as Diretrizes acima mencionadas, orientar os fluxos assistenciais, sendo responsável pelo mecanismo de relação entre a gestão e os vários serviços de saúde, assim como da relação entre esses serviços. A regulação deve ser iniciada na Atenção Primária que exerce função de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde (Idem, 2010).

Contudo, são constantes e diários os relatos, por parte da população brasileira, destacando as dificuldades de acesso ou a demora no acesso, quando se trata de média e alta complexidade, o que impacta na realização de exames, e consequentemente na investigação, conclusão diagnóstica e tratamento.

Independente da dimensão da Política de Regulação as ações, a priori, devem buscar a garantia do acesso aos serviços de forma adequada; assim como dos princípios de equidade e da integralidade; qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde; adequação e orientação quanto aos fluxos da assistência; construção e viabilização das grades de referência e contrarreferência; fornecimento de subsídios para as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde, bem como para o processamento das informações de produção. Estas ações sinalizam para a garantia de aspectos com vistas à continuidade da atenção à saúde e sua resolutividade.

Se por um lado, dentre os objetivos da Política de Regulação está a possibilidade de contribuir para a organização do sistema de saúde brasileiro, para a racionalização dos recursos disponíveis e para a qualificação do acesso às ações e aos serviços de saúde, de forma a permitir um ajuste entre a oferta disponível às necessidades da população usuária, de forma ordenada, oportuna e racional; por outro, a realidade percebida nos serviços públicos da saúde, ainda apresenta-se de forma não equânime e distante dos objetivos estabelecidos pela Política de Regulação (VILARINS et al., 2012). E nesse sentido, verifica-se uma grande necessidade de aprimoramento, principalmente, em relação a: existência de fluxos paralelos; a urgência de respostas às demandas reprimidas em tempo adequado; a revisão dos fluxos de maneira a atender a necessidade da população usuária, de forma que haja dinamicidade no processo de regulação; ampliação de instrumentos que facilitem ao usuário entender a fila de espera e seu funcionamento.

Este contexto está relacionado a diversos fatores, como destacado anteriormente, que envolve desde o histórico subfinanciamento da política pública de saúde; a oferta de serviços de saúde menor que a demanda; as lacunas no funcionamento dos fluxos de informações dos serviços; dificuldades na operacionalização da regulação na prática, dentre outros (RODRIGUES, 2013).

Nessa perspectiva, temos acordo com os autores, como Silva Cavalcanti e Conde de Oliveira (2011), Vilarins et al. (2012), Pinto et al. (2017) que defendem a proposta da Regulação, em seu sentido ampliado, à medida que aponta para o conceito de acesso conforme preconizado pela Lei nº 8.080/1990 e vai ao encontro dos pressupostos da integralidade da atenção, da troca interdisciplinar e da discussão da centralidade dos interesses dos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta análise abordou o acesso aos serviços de saúde, seus limites e perspectivas diante ao processo de subfinanciamento da saúde, destacando a conclusão do diagnóstico para CCU.

Apresentou os aspectos limitadores do acesso aos serviços em geral e relacionados ao controle do CCU, como: tempo de espera para acessar a vaga, falta de acolhimento, necessidade de desembolso direto para atendimento, demora na entrega de resultados de exames, fragilidade no acolhimento e vínculo, entre outros.

No que diz respeito à conclusão do diagnóstico do CCU registrou a presença de pagamento de próprio bolso para a realização de biópsia e/ou exame para estadiamento com vistas ao planejamento do tratamento. Isso confirmou a tendência expressa pela literatura de significativa participação de pagamentos privados e diretos para obtenção da atenção à saúde, compondo estratégias diante da não garantia de integralidade pelo SUS.

A análise realizada permitiu ainda apontar que as dificuldades e incompletude do acesso aos serviços de saúde, diz respeito não somente a conclusão diagnóstica de CCU, mas se estende às especialidades, exames e diversos serviços essenciais para a conclusão diagnóstica e tratamento de outras doenças, apontando para as barreiras de acesso, do tipo organizacional, vinculadas ao fluxo de serviços em cada unidade de saúde, à ausência de articulação adequada entre os níveis de atenção à saúde e ao despreparo dos recursos humanos; assim como para o histórico subfinanciamento da política de saúde. Isso sinaliza para a necessidade de aprimoramentos na gestão dos serviços de saúde, incluindo avanços na forma de operacionalização da Regulação Assistencial; o que precisa envolver o desenvolvimento de cursos de atualização e/ou capacitação permanentes destinados aos profissionais de saúde. Assim como o investimento financeiro adequado e necessário para que a população brasileira tenha acesso ao SUS, no tempo oportuno, de acordo com a perspectiva do ‘projeto de Reforma Sanitária’.

REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. C. M.; KALICHMAN, A. O. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, v.32, n. 8, 2016.
- ARBYN, M. W. E. et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Health*. 2020 Feb;8(2):e191-e203. Epub 2019 Dec 4. Erratum in: *Lancet Glob Health*. 2022 Jan;10(1):e41.
- BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, R. O. A. (Org.). *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABrES, Brasília, DF: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, OPAS/OMS no Brasil, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a implantação de complexos reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2010.
- BRASIL. *Portaria nº 1.559/GM/MS, de 1º de agosto de 2008*. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2008.
- BRASIL. *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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 03 jan. 2022.

- BRAVO, M. I. S. A política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2009.
- BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E.; PINHEIRO, W. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. Vitória: *Argumentum*, v.10, n.1, jan./abr., 2018.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER — INCA. *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2020.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER — INCA. *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER — INCA. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2016.
- INSTITUTO ONCOGUIA. *Exames de Imagem para Câncer do Colo do Útero*, 2020. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/exames-de-imagem-para-cancer-de-colo-do-utero/1285/284/>. Acesso: 03 jan. 2022.
- LOPES, V. A. S. Acesso e continuidade assistencial na atenção ao câncer de colo de útero. *Sociedade em Debate*, Pelotas: UCPel, v.27, n.2, maio/ago. 2021.
- LOPES, V. A. S. Política de atenção oncológica: o desempenho dos serviços de saúde na atenção ao câncer de colo de útero no setor público do município de Campos dos Goytacazes/RJ. *Tese (Doutorado em Saúde Pública)* — Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2018.

- LOPES, V. A. S.; RIBEIRO, J.M. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Abrasco, n.9, v.24, set., 2019.
- MAGALDI, I. S.; VIDAL, D. L. C. O acesso de crianças e adolescentes com condições crônicas ao atendimento multidisciplinar de saúde. In: MARTINS, A. C.; VIDAL, D. L. C. *O SUS e suas crianças: (re)pensando demandas e questões para o Serviço Social*. São Paulo: Hucitec, 2020.
- MARQUES, R. M. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. *Revista Planejamento e Políticas Públicas*, Rio de Janeiro: IPEA, n.49, jul./dez. 2017.
- OLIVEIRA, S. B.; SOARES, D. A. Acesso ao cuidado do câncer de mama em um município baiano: perspectiva de usuárias, trabalhadores e gestores. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro: v.44, n 124, 2020.
- PINTO, L. F. et al. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v.22, n.4 [Acessado 2 Junho 2022], p.1257-1267. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26422016>.
- RODRIGUES, L. C. R. A regulação no contexto hospitalar enquanto ferramenta gerencial: a compreensão dos profissionais envolvidos. 140 f. *Tese (Doutorado)* — Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2013.
- SILVA, C. R. et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Abrasco, n.4, v.22, 2017.
- SILVA CAVALCANTI, C.; CONDE DE OLIVEIRA, L. Regulação assistencial: estratégia de publicização do acesso a leitos da Unidade de Terapia Intensiva em Fortaleza, Ceará. *Saúde em Debate*, v.35, n.89, abr.-jun., 2011, p.321-330 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Rio de Janeiro, Brasil Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406344813017>.

- SOARES, R. C. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. *Revista Argumentum*, Vitória: v.10, n.1, jan.-abr., 2018.
- SOARES, R. C. Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000. In: MOTA, A. E. (Org.). *As Ideologias da contrarreforma e o Serviço Social*. Recife: UFPE, 2010.
- TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, n.20, 2004.
- VIACAVAL, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Abrasco, v.9, n.3, 2004.
- VILLARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro: Cebes, v.36, n.95, abr., 2012.
- VIDAL, D. L. C. Demanda reprimida: acesso aos serviços de saúde e serviço social. *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo: ano29, n.94, jun., 2008.



TECNOLOGIA E SAÚDE:

facetas
contraditórias
na sociedade
capitalista

Erika Schreider

INTRODUÇÃO

Este ensaio é parte das reflexões da tese de doutorado intitulada “Tecnologia e Saúde: impactos para o processo de trabalho em uma unidade hospitalar de alta complexidade”, defendida em 2021. Nossa proposta aqui é pensar a tecnologia em saúde a partir da contradição estrutural do sistema capitalista, trazendo alguns aspectos do tratamento oncológico. Compreendemos, assim, que as inovações tecnológicas são derivadas e, ao mesmo tempo, propulsoras do desenvolvimento e da complexificação do ser social e este, por sua vez, tem sua fundação a partir do trabalho. Portanto, a ciência e a tecnologia carregam em si o caráter ontológico e histórico da humanidade.

As inovações tecnológicas estão assumindo um patamar cada vez mais proeminente, num vertiginoso crescimento. As novas modalidades tecnológicas e científicas trazem inúmeras facilidades e benefícios para o nosso cotidiano de vida e trabalho. No entanto, paradoxalmente, esta questão remete a inúmeros desafios presentes na sociedade contemporânea. Apesar da ciência e da tecnologia não estarem exclusivamente circunscritas à sociedade capitalista, visto que são frutos e resultam em conquistas fundamentais do gênero humano, nesta sociedade esses avanços assumem particularidades: se por um lado, trazem um potencial favorável para o bem-estar coletivo, ao mesmo tempo, e contraditoriamente, produzem o seu contrário.

TRABALHO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE: UMA ANÁLISE CRÍTICA

A ciência e a tecnologia são desenvolvidas a partir da relação que homens e mulheres estabelecem entre si e com a natureza, especialmente no âmbito do trabalho. Este possui um processo próprio que é formado por

três elementos indissociáveis: a força de trabalho, os objetos de trabalho e os meios de trabalho. Esses elementos estão presentes no processo de trabalho de qualquer modo de organização social. Uma das condições para que o trabalho atinja sua finalidade é a transformação dos objetos de trabalho e, nesse processo, os meios de trabalho cumprem a função de mediação entre a força e os objetos de trabalho.

O homem utiliza os meios de trabalho para mediar a sua ação sobre o objeto e, para tanto, constrói e escolhe os meios de trabalho considerados como os mais adequados e eficientes, num dado momento histórico, para transformar os objetos. Esses meios podem ser naturais, ou seja, elementos da natureza, já que “[...] o próprio elemento natural se converte em órgão de sua atividade [...]. A própria terra é um meio de trabalho, mas pressupõe [...] toda uma série de outros meios de trabalho [...]” (MARX, 2013, p.257). Homens e mulheres, nas relações sociais que estabelecem entre si e a natureza, também criam e desenvolvem outros meios de trabalho necessários à transformação dos objetos, sendo construídos a partir das habilidades e dos conhecimentos que adquirem ao longo da sociabilidade, num processo histórico e dinâmico. De acordo com Teixeira (1995, p.46):

A força produtiva do trabalho é determinada por meio de circunstâncias diversas, entre outras pelo grau médio de habilidades dos trabalhadores, o nível de desenvolvimento da ciência e sua aplicabilidade tecnológica, a combinação social do processo de produção, o volume e a eficácia dos meios de produção e as condições naturais.

Marx (2013, p. 258), refletindo sobre os meios de trabalho, afirma: “[...] o processo de trabalho inclui entre seus meios, além das coisas que medeiam o efeito do trabalho sobre seu objeto [...], todas as condições objetivas que são necessárias à realização do processo”. Portanto, os

meios de trabalho, em dada época histórica, fornecem pistas relevantes para pensarmos no grau de desenvolvimento econômico e social e suas condições de trabalho (MARX, 2013).

As características centrais do processo de trabalho estão presentes também no âmbito da saúde com similaridades e especificidades intrínsecas a esta área. Segundo Peduzzi e Schraiber (2009) “[...] o **processo de trabalho** e seus componentes constituem categorias de análise, portanto abstrações teóricas por meio das quais é possível abordar e compreender certos aspectos da realidade [...]” (PEDUZZI e SCHRAIBER, 2009, p.2). Para as referidas autoras a categoria processo de trabalho em saúde “diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde” (Ibidem, p.4). Sendo assim, processo de trabalho em saúde remete às diversas atividades exercidas no cotidiano de trabalho nessa área. Portanto, não há um único processo de trabalho, tendo em vista a diversidade e a complexidade das instituições que conformam a área da saúde. Nos serviços de saúde, assim como em outros âmbitos, as atividades de trabalho estão articuladas às diversas determinações que, por sua vez, estabelecem mediações com a totalidade social e, assim, esse cotidiano de trabalho compõe uma síntese de determinações que estão articuladas entre si e com a dimensão da totalidade.

Em todo processo de trabalho a atividade possui uma finalidade que o homem busca atingir para satisfazer uma determinada necessidade social. Para tanto, o trabalhador utiliza os meios de trabalho para atingir o resultado desejado, satisfazendo, assim, uma necessidade social. Marx (2013, p.258) faz referência à atividade que o homem realiza no processo de trabalho da seguinte forma: “No processo de trabalho, portanto, a atividade do homem, com ajuda dos meios de trabalho, opera uma transformação do objeto de trabalho segundo uma finalidade concebida desde o início”.

Enquanto participante de um determinado processo de trabalho, a intervenção do trabalhador da saúde é mediada pelos instrumentos de trabalho que são históricos e construídos pelos homens e mulheres em sociedade. Os instrumentos podem ser não materiais, como o conhecimento em determinada área, ou materiais. Na saúde, estes podem ser equipamentos, maquinários, fármacos, materiais de consumo, dentre outros.

A saúde é uma das áreas que mais introduz e utiliza recursos tecnológicos, visto que a tecnologia tem um papel absolutamente relevante no tocante a pesquisas diagnósticas, realizações de tratamentos e cura de várias doenças. Desse modo, essa área congrega uma grande diversidade tecnológica, desde equipamentos mais simples até os de alta complexidade, inclusive a indústria de equipamentos e recursos de saúde que possui grande potencial de inovação. Assim, a relação entre a tecnologia e o processo de trabalho na área da saúde é aprofundada e assume particularidades.

Iriart e Merhy (1997) afirmam que existem 3 modalidades de tecnologias em saúde: os instrumentos, equipamentos e dispositivos de usos terapêuticos, denominados de tecnologias duras; o saber técnico estruturado em uma determinada área de conhecimento, nomeadas leves-duras e; as leves, que são aquelas que estão dadas nas relações entre os sujeitos e processos de gestão de serviços que possuem materialidade na ação propriamente dita. A partir da compreensão de que a tecnologia em saúde compõe os instrumentos de trabalho, fazendo parte, por sua vez, dos meios de trabalho, afirmamos que os recursos e aparatos tecnológicos são criados e transformados pelo gênero humano, num processo dinâmico, a partir das relações que homens e mulheres estabelecem em dado ordenamento social.

Nesse sentido, a ciência e a tecnologia não estão alheias ao desenvolvimento e complexificação do ser social; na verdade fazem parte desse processo e, portanto, carregam em si, o caráter ontológico e histórico da humanidade. Desse modo, se possuem uma dimensão histórica, trazem

aspectos específicos que se relacionam com a estrutura da sociedade na qual estão inseridas. Assim, os avanços tecnológicos são correspondentes ao desenvolvimento dos meios de trabalho que são modificados pelos homens e mulheres, com a finalidade de atender determinada(s) necessidade(s) de acordo com a estrutura social em que estão inseridos. Desse modo, o desenvolvimento tecnológico em dada sociedade corresponde às necessidades, visões de mundo e interações que os homens realizam naquela sociedade e, sendo assim, não são neutros, são marcados pela estrutura socioeconômica em que estão inseridos, adquirem sentido e respondem a certos interesses.

Apesar dos avanços tecnológicos serem provenientes do enriquecimento do ser social e, portanto, resultado do processo histórico e ontológico da humanidade, bem como serem fundamentais em vários aspectos da vida social, em especial, para a busca de novos tratamentos e melhoria da saúde em geral, quando a tecnologia é separada daquele que a produz, ou seja, quando os recursos e equipamentos tecnológicos são apropriados pelo capitalista e tomados pela lógica capitalista, possibilita e fortalece o processo de alienação e fetichização das relações sociais, indo na contramão do potencial histórico e ontológico da humanidade. Assim, “o avanço tecnológico, profundamente humanizador no plano do gênero humano, produz ao mesmo tempo o seu contrário [...]” (GOMES, 2017, p.217). Portanto, a alienação não é inerente aos avanços científicos e tecnológicos por si, mas é estrutural, visto a contradição fundante do modo de produção capitalista. De acordo com Passos e Gomes (2012, p.114) “[...] a alienação contemporânea dos agentes em relação ao objeto, aos fins e aos instrumentos de trabalho é parte de um movimento mais amplo cujo cerne é a perda progressiva de controle dos processos produtivos pelos próprios produtores”.

É no ordenamento capitalista que o desenvolvimento científico e sua aplicação tecnológica são cada vez mais intensificados, em resposta aos interesses de acumulação do grande capital e, portanto, o valor de

troca das mercadorias assume centralidade em detrimento da utilidade social. É nesse sentido que podemos perceber que a tecnologia dura ou hardware, nesse ordenamento social, conduz à subsunção do trabalho ao capital. Aqui há uma contradição central presente na tecnologia na ordem capitalista: se por um lado é fundamental para o enriquecimento do gênero humano e, inclusive é proveniente dele, por outro, é tomada pela lógica capitalista de acumulação de riqueza, privilegiando o valor de troca, ou seja, levando à hipertrofia do valor de troca em detrimento do valor de uso. Nas palavras de Mészáros (2014):

[...] a ciência torna-se, não apenas de fato, mas por necessidade — em virtude de sua constituição objetiva sob as relações sociais dadas —, ignorante e despreocupada quanto às consequências sociais de sua profunda intervenção prática no processo de reprodução expandida. (MÉSZÁROS, 2014, p.270)

Nesse sentido, o investimento em ciência e tecnologia está mais relacionado às vantagens e aos lucros no mercado do que às necessidades humanas que poderiam satisfazer. Para Costa (2020, p.4) “as escolhas das trajetórias tecnológicas refletem, geralmente, os interesses da elite industrial e financeira, cujo objetivo é obter a hegemonia de um dado padrão técnico capaz de promover a realização crescente de lucro e o acúmulo de capital”.

Seguindo essa lógica, podemos entender com maior clareza a recorrente exaltação da tecnologia num viés de pseudoneutralidade, estimulando indiscriminadamente e de maneira acrítica as inovações tecnológicas, potencializando o fetiche da tecnologia. A tendência hegemônica e imediata presente na sociedade é pensar nos avanços científicos e tecnológicos, sobretudo na área da saúde, como algo positivo e que por si só irá beneficiar a sociedade. Costa (2020, p.1) afirma que:

Em análise sobre o triunfo das atividades de ciência e tecnologia (C&T), Dagnino e Dias criticam a aceção de que o conhecimento cientificamente gerado e tecnologicamente aplicado seja necessariamente associado a algo intrinsecamente bom para a sociedade. (COSTA, 2020, p.1)

Maldonado e Oliveira (2016) ressaltam que a indústria de produtos médicos “[...] se constitui em um oligopólio baseado na diferenciação de produtos”. Assim, o diferencial nessa indústria também se estabelece a partir dos gastos com P&D (pesquisa e desenvolvimento) e na concentração, das grandes empresas, em segmentos de maior intensidade tecnológica (MALDONADO; OLIVEIRA, 2016).

As fusões e aquisições são estratégias que o capitalismo utiliza para a formação de oligopólios. Chesnais (1996) traz essa discussão e afirma que a partir da década de 1990, houve a intensificação da formação de oligopólios mundiais, por meio da ampliação e consolidação da concentração do capital industrial, realizadas por capital estrangeiro, em especial nos EUA (Estados Unidos da América) e países da Europa ocidental, formando oligopólios dominados pelos EUA, Europa e Japão. No âmbito da indústria de produtos médicos¹, Maldonado e Oliveira (2016) sinalizam que somente no ano 2011 ocorreram 443 de transações dessa natureza.

1. De acordo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), produto médico é caracterizado como: “produto para a saúde, tal como equipamento, aparelho, material, artigo ou sistema de uso ou aplicação médica, odontológica ou laboratorial, destinado à prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação ou anti-concepção e que não utiliza meio farmacológico, imunológico ou metabólico para realizar sua principal função em seres humanos, podendo, entretanto, ser auxiliado em suas funções por tais meios”. [Resolução da Diretoria Colegiada — RDC, n.º 185, de 22 de outubro de 2001].

De acordo com os mesmos autores (2016), as indústrias, em especial aquelas que investem em equipamentos e materiais médicos e odontológicos formam um oligopólio diferenciado e altamente concentrado de produtos médicos. Os autores ainda afirmam que:

[...] as grandes empresas que estabelecem o padrão e o ritmo de incorporação tecnológica da indústria têm, crescentemente, adotado estratégias de integração de suas atividades industriais e comerciais mediante o estabelecimento da oferta de soluções integradas, isto é, produtos associados a serviços: rede de prestação de serviços técnicos, de assistência e manutenção, programas de software e serviços financeiros. (MALDONADO e OLIVEIRA, 2016, p.155)

No Brasil, no período de janeiro a setembro de 2019, Gutierrez (*apud* Aliança Brasileira da Indústria Inovadora em Saúde — ABIIS, 2019), apresenta que houve recorde no tocante às fusões e aquisições, com 614 transações, um crescimento de 31% em relação ao mesmo período do ano anterior. As perspectivas indicavam que no ano de 2020 esse volume de transações chegaria a 1000 no Brasil — entre fusões e aquisições. Nessas transações, envolvendo investimentos estrangeiros, ocorreu um crescimento de 20,4%, no período de janeiro a setembro de 2019, em relação ao mesmo período no ano anterior. O maior investimento foi dos EUA, com 34% do total de transações. Segundo Maldonado e Oliveira (2016, p.136):

No Brasil, nos últimos dois anos, tem-se observado que essas empresas iniciaram um processo de aquisição das principais empresas nacionais nas áreas de imagem e monitoramento de sinais vitais. Os produtos fabricados localmente têm custo-efetividade e preço tais que lhes garantem uma significativa participação na rede pública de saúde.

A tecnologia nesta sociedade, em especial no âmbito da produção material, acaba substituindo a força de trabalho em inúmeras atividades, visto a lógica de extração de mais lucro. Conforme Mandel (1982) uma das 10 características principais da terceira revolução tecnológica é o “deslocamento do trabalho vivo pelo trabalho morto”. No entanto, segundo Merhy (2002) o trabalho em saúde:

“[...] não pode ser **globalmente** capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em técnicas de intervenção em ato...”. (MERHY, 2002, p.49 — grifos nossos)

Todavia, o arcabouço tecnológico pode favorecer o aumento de doenças relacionadas ao trabalho e o aumento da carga de trabalho, devido à redução de recursos humanos, seguindo as premissas neoliberais ou ultraneoliberais, bem como, paradoxalmente, a necessidade de ampliação da força de trabalho. Desse modo, as questões relacionadas às condições de trabalho e sua precarização são intensificadas. Diante desse cenário, ocorre o aumento da responsabilidade do trabalhador e do volume de trabalho. De acordo com Pires et al. (2012):

Especificamente para os trabalhadores de Enfermagem, o **aumento das cargas está relacionado com o quantitativo de profissionais na assistência**, seja pela escassez de enfermeiros/as disponíveis para contratação (estudos internacionais), seja pela introdução **de novas tecnologias materiais ou de gestão, que aumentam o volume de trabalho sem agregar mais profissionais**. (PIRES et al, 2012, p.164 — grifos nossos).

A área da saúde é composta por um leque bastante diversificado de instituições e atores sociais. Este campo é formado por instituições de pesquisa e ensino, pelo setor produtivo — como as indústrias de equipamentos e recursos variados — e instituições da área assistencial. No entanto, no setor de serviços, como por exemplo, os hospitais, há uma grande e diversificada incorporação de tecnologias. Neste setor, o trabalho se realiza no contato humano direto, no qual o objeto, segundo Peduzzi e Schraiber (2009) são as “necessidades humanas de saúde”. Estas possuem caráter histórico e social, tendo como base o contexto social, econômico, político e ideológico de uma dada estrutura de sociedade. Desse modo, o objeto de trabalho em saúde não é algo estático, mas dinâmico e relacional. A incorporação desenfreada de recursos tecnológicos pode mais prejudicar o trabalhador do que favorecer, no tocante às suas condições de saúde, conforme sinalizado em linhas atrás, e também possibilitam a intensificação das práticas alienantes de trabalho, objetificando as relações sociais. Conforme apontam Passos e Gomes (2012, p.103):

Não obstante essa dimensão profundamente humanizadora das transformações tecnológicas do trabalho em saúde, deve-se enfatizar que as relações sociais sob as quais tal processo se desenvolve, ou seja, as formas de organizar os processos produtivos e a distribuição de seus produtos (bens e serviços) na sociedade contemporânea têm colaborado para que se desenvolvam simultaneamente processos de reificação das apresentações tecnológicas, propiciando o desenvolvimento de relações alienantes no interior do trabalho em saúde.

A vida social, em suas várias dimensões, é apropriada e mercantilizada pelo modo de produção burguês, criando velozmente novas necessidades, inclusive aquelas voltadas para o “consumo destrutivo” (MÉSZÁROS, 2011). Portanto, a inovação e introdução tecnológicas

devem ser pensadas e utilizadas com muita responsabilidade, avaliando criticamente a utilização indiscriminada e intensa dos recursos e equipamentos tecnológicos. Para quem e para que realmente servem? A quais interesses respondem?

Nossa atual ‘sociedade descartável’ frequentemente lança mão da desconcertante prática ‘produtiva’ de sucatear maquinário totalmente novo após uso muito reduzido, ou mesmo sem inaugurá-lo, a fim de substituí-lo por algo ‘mais avançado’ [...]. (MÉSZÁROS, 2011, p.671)

A lógica do descartável invade todas as dimensões da vida, impulsionando o “consumo destrutível” e quando se trata da saúde Gadelha (2012) salienta que:

As indústrias deste subsistema, em geral, podem ser caracterizadas como oligopólios baseados na diferenciação de produtos e no fornecimento de bens altamente especializados, com grande quantidade de novos produtos sendo lançados continuamente, novas opções de tratamento e diagnóstico, ciclos tecnológicos curtos (com duração de menos de dois anos) e comercializados em associação com serviços e outros produtos (LEÃO, OLIVEIRA e ALBORNOZ, 2008 *apud* GADELHA, 2012, p.107)

As questões apontadas impactam e aprofundam os dilemas que se inserem na política de saúde brasileira, atravessando o campo da oncologia. A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, que foi instituída pela Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013 também é atingida pela lógica privatista, visto que faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, o campo da oncologia que está contemplado

na referida política e que, por sua vez, está em consonância com o SUS, sofre o impacto das medidas de cunho neoliberal que são incorporadas pela contrarreforma do Estado brasileiro, em especial, no que tange às políticas sociais.

Cepas (2016) mostra preocupação acerca dos custos para o tratamento oncológico no SUS e diz: “A chegada de novas terapias, equipamentos e medicamentos somados ao envelhecimento da população são fatores que terão grande impacto nos custos do tratamento do câncer nos próximos anos”². No caso da oncologia, em especial, a despeito de inovações no âmbito da medicina de precisão³, a redução dos custos não é uma realidade. Na verdade, “ao contrário, o alto custo das medicações alvo está gerando desigualdades no acesso aos benefícios dos medicamentos [...]” (IRIART, 2019, p.9).

Existem vários estudos e pesquisas científicas que possibilitaram avanços importantes para o diagnóstico e o tratamento oncológico, dentre elas, podemos citar: tecnologias de eletrocirurgia, raios-X, imagens de alta resolução através do avanço da tecnologia radiológica; desenvolvimento da tecnologia 3-D; instalação de cateteres venosos ou arteriais, quimioterapia etc. Todavia, apesar desses avanços, ainda no século XXI, o câncer⁴ é considerado um problema de saúde pública. Houve o aumento da estimativa de câncer no Brasil, no triênio 2020-2022,

2. Disponível em <https://observatoriodeoncologia.com.br/gastos-federais-em-oncologia>. Acesso em 14 de abril de 2019.
3. Segundo Iriart “[...] medicina personalizada ou medicina de precisão [...] tem por objetivo a customização do tratamento de acordo com as características biológicas dos indivíduos ou subgrupos da população” (IRIART, 2019, p.2).
4. “Câncer é um termo que abrange mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas que têm em comum o crescimento desordenado de células, que podem invadir tecidos adjacentes ou órgãos a distância.” Disponível em <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>. Acesso em 26 de maio de 2022.

com a previsão de 625 mil novos casos de câncer, para cada ano, considerando todos os tipos de câncer (INCA, 2020).

O aumento de casos de câncer leva, conseqüentemente, à ampliação da demanda por inovações tecnológicas em busca de tratamento e cura da doença, o que, por sua vez, atende também aos interesses do capital. As inovações tecnológicas trazem um aumento considerável dos custos para o tratamento. Seguindo essa linha de raciocínio, os altos custos desses avanços tecnológicos, em especial quando se trata de medicamentos e maquinários, em tempos de contrarreforma estatal pode provocar inserção tardia e desigualdades no acesso ao tratamento oncológico.

A demanda por inovações tecnológicas é legítima e importante. No entanto, a questão que trazemos é o que, de fato, está por trás de muitas dessas demandas? Quais os interesses?

O adoecimento por câncer está associado em cerca de 80% e 90% a causas externas (INCA, 2018). Estas são de diversas ordens, como modos de vida⁵, a lógica do consumo, da alimentação e a relação do homem com o ambiente de trabalho. Assim, podemos questionar a pouca ou a ausência de preocupação com mecanismos de proteção em certos ambientes de trabalho que comprovadamente podem ser danosos para a saúde, como é o caso dos postos de gasolina, e a liberação dos

5. Relacionamos o processo saúde-doença aos modos de vida e não estilos de vida, visto que aquele pressupõe uma análise a partir do contexto social e histórico, não individualizando e nem culpabilizando o sujeito.

agrotóxicos⁶ que, dentre outros fatores, podem provocar efeitos danosos e cancerígenos. Em especial sobre essa temática cabe destacar que em 2019:

A liberação de agrotóxicos pelo governo Bolsonaro segue em alta velocidade. [...] **mais 57 substâncias foram liberadas.** [...] feitas pelo governo e publicadas no Diário Oficial da União (DOU) desde o início do ano chegam a 467, o maior número da série histórica desde 2005, segundo monitoramento da **Campanha Permanente Contra os Agrotóxicos e Pela Vida.** (SUDRÉ, 27 de novembro 2019⁷ — grifos do autor).

Cepas⁸ (2018) afirma que “Segundo o Atlas Mundial do Câncer, parte substancial do câncer pode ser evitada por meio de investimento na prevenção, na detecção precoce e promoção da saúde”. Seguindo essa linha de raciocínio, Iriart (2019, p.10) citando Maughan (2017) ressalta que “[...] para se obter progresso na redução da mortalidade por câncer, o foco deve estar na prevenção primária, na detecção precoce e na otimização do tratamento imediatamente após o diagnóstico”.

6. “Estudos nacionais e internacionais não deixam dúvidas sobre os danos causados por esses produtos na população, principalmente nos trabalhadores e comunidades rurais, e no meio ambiente. Além da contaminação dos alimentos, da terra, das águas – que em algumas situações torna-se imprópria para o consumo humano – temos a intoxicação de seres vivos, como os mamíferos (incluindo o homem), peixes, aves e insetos. Regiões com alto uso de agrotóxicos apresentam incidência de câncer bem acima da média nacional e mundial. Cabe destacar que desde 2009 o Brasil é o maior consumidor mundial desses produtos.” Disponível em <https://www.inca.gov.br/alimentacao/agro-toxicos>. Acesso em 10 de abril de 2019.
7. Disponível em : <https://www.brasilefato.com.br/2019/11/27//liberacao-de-agro-toxicos-no-governo-bolsonaro-e-a-maior-dos-ultimos-14-anos>.
8. Disponível em <https://observatoriodeoncologia.com.br/gastos-federais-em-oncologia>. Acesso em 26 de maio de 2022.

O privilégio do investimento no tratamento em detrimento da prevenção e do diagnóstico precoce é uma realidade que gera grandes lucros para as corporações que investem no desenvolvimento tecnológico voltado para a oncologia. De acordo com essa lógica, quando falamos em oncologia, tratamos de um campo que, devido a sua natureza, requer altos investimentos seja em fármacos ou em maquinário. Para Secoli, Padilha e Leite (2005, p.334), “nas últimas décadas, a prestação de cuidados ao adulto com câncer tem sido fortemente influenciada pela explosão tecnológica, especialmente, do tipo hardware”. De acordo com Eric Schmidt, consultor sênior da Cowen, o mercado oncológico já oferece “os retornos mais altos de investimento em qualquer categoria terapêutica”⁹.

Assim, devido ao tratamento ser mais oneroso do que ações preventivas, dada a necessidade de fármacos e equipamentos para diagnósticos e para o tratamento em si, o estímulo ao capital privado é reforçado.

Apesar de um novo tratamento nos remeter à possibilidade de cura e, portanto, trazer certa expectativa positiva, devemos considerar a existência de interesses prioritariamente mercadológicos. Essa lógica mercadológica “[...] faz com que pesquisas e tecnologias que poderiam representar redução de custos para os serviços de saúde, mas que prejudicam a lucratividade das empresas, sejam preteridas em benefício da produção de medicamentos de alto custo” (IRIART, 2019, p.10). Fato este que levará às desigualdades no acesso ao tratamento, corroborando com o projeto privatista da saúde, na direção de uma política de saúde cada vez mais precarizada e subfinanciada.

9. Disponível em <https://epocanegocios.globo.com/Mercado/noticia/2018/02/mercado-de-oncologia-traz-grandes-oportunidades-de-investimento.html>. Acesso em 10 de junho de 2019.

A partir dessa breve reflexão podemos encerrar reconhecendo que a contradição que conforma a tecnologia na estrutura capitalista se intensifica, e ao mesmo tempo é escamoteada na área da saúde, visto a relevância e a potência dos recursos tecnológicos nesse âmbito. Contraditoriamente, o processo de valorização do capital reduz ou aniquila esse enorme potencial muitas vezes, com resultados negativos para a saúde. Ou seja, no capitalismo a primazia não está na satisfação das necessidades sociais e sim na produção de riqueza, invertendo os sinais. E, portanto, tanto os usuários da saúde, como os trabalhadores sofrem os efeitos danosos que a perspectiva privatista e mercadológica imputa à saúde, a despeito do imenso potencial da ciência e de sua aplicação tecnológica para a humanidade.

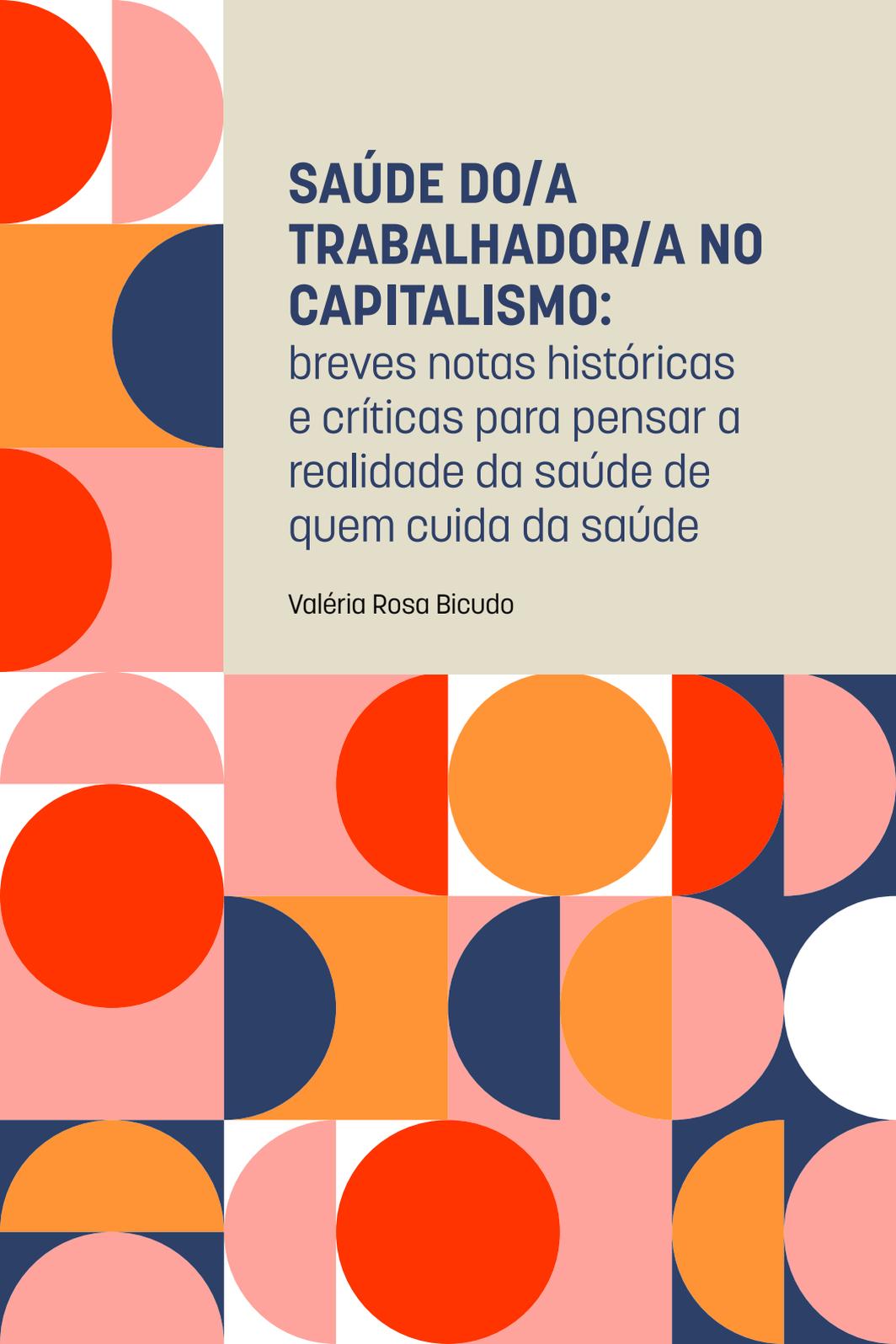
À guisa de considerações finais, pensar criticamente a tecnologia em saúde é fundamental para entendermos as mediações e a sua relação com a dimensão estrutural, encarando as potencialidades e limites nesse ordenamento, sem nos perdermos no canto da sereia de que as inovações tecnológicas rimam indiscriminada e indiscutivelmente com maior qualidade de vida e saúde, especialmente quando se pensa e organiza a gestão e trabalho no SUS.

REFERÊNCIAS

- BARRA, D. et al. Evolução Histórica e Impacto da Tecnologia na Área da saúde e da Enfermagem. In: *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia: UFG, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm. Acesso em: 7 jan. 2019.
- CEPAS, T. *Gastos Federais em Oncologia*. 2018. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/gastos-federais-em-oncologia>. Acesso em: 27 abr. 2019.
- CEPAS, T. *Quando custa tratar um paciente com câncer no SUS*. 2016. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/quanto-custa-tratar-um-paciente-com-cancer-no-sus-em-2016/>. Acesso em: 27 abr. 2019.
- CHESNAIS, F. *A mundialização do capital*. São Paulo: Xamã, 1996.
- COSTA, L. Aportes da teoria crítica da tecnologia à análise da inovação nos serviços de saúde. *Interface*, Botucatu: v.24, 2020.
- ÉPOCA NEGÓCIOS. *Mercado de oncologia traz grandes oportunidades de investimento*. Disponível em: <https://epocanegocios.globo.com/Mercado/noticia/2018/02/mercado-de-oncologia-traz-grandes-oportunidades-de-investimento.html>. Acesso em: 10 jun. 2019.
- GADELHA, C. A. G. (Org.). *A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/37874/2/livro.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2022.
- GURGEL, W. B. A morte como questão social. In: *Barbarói*, n.º 27, 2007/2. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/138>. Acesso em: 28 mar. 2019.

- IRIART, C.; MERHY, E. E. Disputas inter-capitalistas, biomedicalização y modelo médico hegemónico. *Interface — Comunicação saúde Educação*, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/L8Vp7vxDxcLKw5qRd8g74jk/?lang=es&format=pdf>. Acesso em: 3 nov. 2019.
- IRIART, J. A. B. Medicina de Precisão/Medicina Personalizada: análise crítica dos movimentos de transformação da biomedicina no início do século XXI. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2019000303001&lng=pt&nr-m=iso&tlng=pt. Acesso em: 9 mar. 2020.
- MALDONADO, J.; OLIVEIRA, E. J. Base Mecânica, Eletrônica e de Materiais. In: GADELHA, C. A. et al. (Org.). *Brasil Saúde Amanhã: complexo econômico-industrial da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.
- MANDEL, E. *O Capitalismo Tardio*. São Paulo: Abril Cultural, 1982.
- MARX, K. *O capital: crítica da economia política*, livro I, São Paulo: Boitempo, 2013.
- MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MÉSZÁROS, I. *O poder da ideologia*. São Paulo, Boitempo, 2014.
- MÉSZÁROS, I. *Para além do capital*. São Paulo, Boitempo, 2011.
- PASSOS, R. N.; GOMES, R. M. *Capitalismo e Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

- PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. *Processo de Trabalho em Saúde*, 2019. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em: 23 out. 2019.
- PIRES, D. E. P. de et al. Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: uma relação ambígua. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre: v.33, n.1, mar., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a21v33n1.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2019.
- SECOLI, S.; PADILHA, K.; LEITE, R. de C. Avanços tecnológicos em oncologia: reflexões para a prática de Enfermagem. In: *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro: MS/INCA, 2005.
- SUDRÉ, L. *Liberacão de agrotóxicos no governo Bolsonaro é a maior dos últimos 14 anos*. Brasil de Fato, São Paulo, 27 de novembro de 2019. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/11/27/liberacao-de-agrotoxicos-no-governo-bolsonaro-e-a-maior-dos-ultimos-14-anos>. Acesso em: 26 jan. 2021.
- TEIXEIRA, J. F. *Pensando com Marx: uma leitura crítico-comentada de O Capital*. São Paulo: Ensaio, 1995.



SAÚDE DO/A TRABALHADOR/A NO CAPITALISMO:

breves notas históricas
e críticas para pensar a
realidade da saúde de
quem cuida da saúde

Valéria Rosa Bicudo

INTRODUÇÃO

Dentre os clássicos, Marx (1988) e Engels (2008) nos oferecem importantes possibilidades de análise da articulação entre trabalho e saúde, especificamente no âmbito do desenvolvimento do capitalismo industrial. Muito embora não tenham sido pesquisadores da área da saúde, suas análises sobre o capital, sobre a sociedade burguesa, acabam por explicitar, dentre outras questões, o tema da saúde das classes trabalhadoras.

O tema da saúde do/a trabalhador/a começa a ser estruturado como uma ‘questão’, originariamente, nos marcos do desenvolvimento do capitalismo¹, especificamente a partir da Revolução Industrial. É “um

1. Isso não significa a inexistência de sérios agravos à saúde das classes subalternas e exploradas durante o escravismo e o feudalismo. Nas sociedades pré-capitalistas, a problemática dos agravos à saúde desenvolvia-se de forma peculiar, tendo em vista que o sistema de produção não era direcionado à acumulação de capital. Dessa forma, os agravos à saúde, naquele contexto, não estavam relacionados à dinâmica de acúmulo de capital. Na produção pré-capitalista não imperava a lei do valor. Segundo Marx, n’O Capital: “Aqueles antigos organismos sociais de produção (...) são condicionados por um baixo nível de desenvolvimento das forças produtivas do trabalho e relações correspondentemente limitadas dos homens dentro do processo material da produção de sua vida, portanto, entre si e com a natureza. Essa restrição real se reflete idealmente nos cultos na Natureza e nas religiões populares da Antiguidade (MARX, 1983, p.16). Face à uma produção de riqueza limitada pelo baixo desenvolvimento dos meios de produção, predominava um contexto de escassez, o qual dificultava o atendimento das necessidades sociais, ampliando o quadro de morbidades. Essa foi uma realidade em áreas do Novo Mundo quando ainda imersas no escravismo. Foi uma forma específica de existência do capital, amparada na produção de mercadorias com base no escravismo. No caso do escravismo colonial no Brasil, eram miseráveis e bárbaras as condições de trabalho, vida e saúde dos/as escravos/as e das primeiras frações assalariadas no período colonial e abolicionista. Entre os/as escravos/as, “a mortalidade ultrapassava em quase três vezes a natalidade nos limites das plantações (e até mesmo nas

‘fenômeno’ exclusivamente capitalista” (SOUZA, MELO e FADEL DE VASCONCELLOS, 2015, p.114), onde impera o trabalho alienado, voltado exclusivamente para as necessidades do mercado. O trabalho no capitalismo subordina-se à dinâmica da valorização, onde é o valor de troca que determina a produção, cristalizando a busca feroz das classes dominantes por trabalho excedente, que extorquido da força de trabalho, ganha a forma de mais-valia. Vale destacar que diante de uma nova morfologia do trabalho, a partir da reestruturação produtiva, a classe trabalhadora não se restringe apenas aos/as trabalhadores manuais, no formato produtivo, mas “incorpora também o conjunto dos trabalhadores improdutivos [...] cujas formas de trabalho são utilizadas como serviços, seja para uso público, como os serviços públicos tradicionais, seja para uso capitalista” (ANTUNES, 2018, p.89). Esse trabalho improdutivo não participa como elemento vivo na forma direta de valorização do capital e de geração de mais-valor. Entretanto, são fundamentais para “a sobrevivência do capital e de seu metabolismo social (ANTUNES, 2018, p.89). Nesse sentido, Antunes (2005, 2007, 2018) alude a uma articulação crescente entre trabalho material, imaterial, produtivo, improdutivo, que contribui para tornar a classe-que-vive-do-trabalho mais complexa e heterogênea, além de combinar velhos e novos

proporções de todo o país); a reprodução da força de trabalho não podia ser assegurada pelo crescimento natural, porque este simplesmente não existia” (KOVAL, 1982, p.45). Como destaca o autor, o escravo não resistia nem a 10 anos de trabalho. Já no caso do capitalismo, com o imperativo da produção voltada para o valor de troca, o desenvolvimento das forças produtivas não encontra limites, de modo que permite a superação do quadro de escassez anterior e a elevação da produção de riqueza a um novo estágio. Entretanto, essa riqueza, apesar de produzida pela classe trabalhadora, é apropriada pela classe capitalista, conformando um quadro de crescente exploração (baseada numa busca incessante pelo trabalho excedente), pauperismo e limitação nos patamares de reprodução social, da saúde e vida dos/as trabalhadores/as.

mecanismos de intensificação e exploração do trabalho, com destaque para a terceirização e precarização dos serviços públicos, que passam, cada vez mais, a serem geridos a partir da lógica da mercadorização.

Para contextualizar a abordagem das relações trabalho-saúde e sua urgência², vale destacar que o “campo da Saúde do Trabalhador” começa a ser elaborado e ganha maturidade entre os anos 1970-1980 (LACAZ, 1996). Tal campo absorveu linhas de análise próprias das Ciências Sociais (LAURELL, 1985); assim como recebeu as importantes contribuições da Medicina Social Latino-Americana e da Saúde Coletiva (LACAZ, 1996; LAURELL e NORIEGA, 1989). No Brasil, essa conjuntura se constitui um marco histórico para a luta dos/as trabalhadores/as e ações pela melhoria das condições e defesa da saúde no trabalho, tendo em vista que estas emergem no processo das lutas sociais deflagradas à época, fundamentalmente a partir do movimento da reforma sanitária, inspirada pela reforma sanitária italiana, que por sua vez, teve forte influência do modelo operário italiano (LACAZ, 1997; VASCONCELLOS, 2007).

De acordo com Lacaz (2007), a perspectiva teórico-metodológica em “Saúde do Trabalhador”, no caso brasileiro, foi originada a partir da Saúde Coletiva, visando o conhecimento e a intervenção no âmbito das “relações trabalho e saúde-doença”, onde a referência fundamental foi a emergência da classe trabalhadora industrial, como “sujeito possuidor de saber” (LACAZ, 1996), diante de intensas transformações de ordem política, econômica e social. O enfoque da Saúde Coletiva se contrapunha

-
2. Importante destacar que, como mostra o relatório da Organização Internacional do Trabalho (OIT), divulgado em 2019, as estimativas globais indicam um aumento geral, anual, do quantitativo de mortes relacionadas ao trabalho. Em 2017, o registro foi de 2,78 milhões de mortes (incluindo acidentes e doenças vinculadas ao trabalho). Sobre isso ver: International Labour Office. Safety and Health at the heart of the future of work: Building on 100 years of experience. Geneva: International Labour Organization, 2019.

ao enfoque da Saúde Ocupacional e almejava superá-lo, valendo-se do referencial discursivo utilizado pela Medicina Social Latino-Americana, fundamentalmente sobre a determinação social do processo saúde-doença; pela Saúde Pública no que se refere à sua linha programática e em âmbito próprio (Saúde Coletiva), ao tratar temas relacionados ao sofrer, adoecer e morrer das classes e grupos sociais organizados em processos produtivos (LACAZ, 2007, p.757).

A Constituição Federal de 1988 estabelece a incorporação do campo de saúde do/a trabalhador/a no Sistema Único de Saúde (SUS) — em seus artigos 196 e 200. A referência ao campo também aparece em dispositivos da Lei nº 8.080/90 (Lei de regulamentação do SUS). A partir daí várias iniciativas buscaram institucionalizar a vigilância em saúde do trabalhador no âmbito do SUS (VASCONCELOS, 2007).

A atuação do SUS na saúde do/a trabalhador/a envolve as ações de assistência, de vigilância e de controle dos agravos à saúde no âmbito do trabalho, como também de promoção da saúde. A II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), de março de 1994, reafirmou politicamente aquelas responsabilidades. O relatório final do II CNST garantiu que no SUS estariam unificadas todas as ações de saúde do trabalhador (LACAZ, 1997), mas não sem uma acirrada resistência de setores vinculados ao Ministério do Trabalho, em disputa com o Ministério da Saúde (no que se refere a esse campo).

Os anos 1990 colocaram desafios, inclusive apontando para uma fragilidade orgânica do Ministério da Saúde (MS) no campo da saúde do trabalhador (OLIVA, 2010). Isso num contexto de mudanças do mundo do trabalho e de opção do Estado pelo projeto neoliberal de governo.

Muitas estruturas institucionais, portarias, protocolos, normas e diretrizes foram criadas nesse campo, ao logo do tempo. Além disso, somam-se ações de saúde do/a trabalhador/a que historicamente já vinham sendo desenvolvidas através de “um movimento político-ideológico” que ficou conhecido como os “Programas de Saúde dos

Trabalhadores” (PSTs), desde 1984-85 (LACAZ, 1997; OLIVA, 2010). Como sinaliza Oliva (2010), historicamente a área da saúde do/a trabalhador/a vem apresentando um alcance periférico, marginal e contra-hegemônico no âmbito da saúde pública e coletiva, tendo em vista processos de indefinição institucional e de desfiliação recorrente. Vem atravessando “a tensão entre o direito à saúde e a ofensiva neoliberal” (OLIVA, 2010, p.7).

Nos anos 2011 e 2012, durante o governo de Dilma Rouseff, foram aprovadas as seguintes políticas: a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST)³ e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)⁴. A intenção era dar suporte à efetivação das ações nesse campo. Entretanto, a análise dos decretos que deram origem a tais políticas aponta seu aspecto dúbio e frágil, o que só corrobora o déficit histórico no que se refere a implementação de políticas públicas e sociais no país (SILVA, 2021; COSTA, LACAZ, JACKSON FILHO e VILELA, 2013).

Como um “campo de práticas e conhecimentos” (Lacaz, 2007), a saúde do/a trabalhador/a não tem sua direção técnica dissociada de sua direção ético-política (que marca os próprios princípios do SUS), tendo em vista que tal campo expressa de forma concreta as relações sociais de produção (OLIVAR, 2010). Assim, esse campo pode ser:

3. Brasil. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011: dispõe sobre a PNSST. Diário Oficial da União [Internet]. 8 nov 2011 [citado em 6 fev 2019]; 1:9. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm Acesso em 28 de set. de 2022.
4. Brasil. MS. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012: institui a PNSTT. Diário Oficial da União [Internet]. 24 ago 2012 [citado em 6 fev 2019];1:46. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html Acesso em 28 de set.de 2022.

“compreendido e concebido como produto de luta, complexo, diferenciado, contraditório, uma arena privilegiada onde os distintos sujeitos sociais (trabalhadores, técnicos, gestores, empresários, sindicatos) se organizam, articulam as suas alianças, confrontam os seus projetos ético-políticos e disputam o predomínio hegemônico”. (OLIVAR, 2010, p.315).

Dito isso, o objetivo deste texto é apresentar alguns elementos teóricos e históricos que articulam o desenvolvimento capitalista, a superexploração do trabalho, as contrarreformas ultraneoliberais e a questão da saúde do/a trabalhador/a, com destaque para as condições de trabalho dos/as trabalhadores/as do SUS brasileiro e alguns desafios à luta por saúde de quem cuida da saúde, no âmbito desse sistema.

CAPITALISMO, EXPLORAÇÃO DO TRABALHO E A QUESTÃO DA SAÚDE DO/A TRABALHADOR/A

A história do capitalismo é atravessada pelo desenvolvimento tecnológico e da produtividade, daí associada. A resultante disso, como aponta Marx (2013), é a introdução de maquinários cada vez mais sofisticados no processo de trabalho, permitindo a produção da mesma ou maior quantidade de produtos em menor tempo, ou seja, o avanço da produtividade, da acumulação capitalista e da maximização dos lucros para as classes dominantes. Simultaneamente a esse processo, ocorre a intensificação da exploração e desvalorização da força de trabalho (aumento do ritmo de trabalho; eliminação de empregos e postos de trabalho; arbitrariedade do bônus de produtividade; “horas extras”; envolvimento de mulheres e crianças no processo de trabalho da fábrica, em condições

aviltantes; o prolongamento de jornadas de trabalho⁵, desemprego). Segundo Marx (2013), a “produtividade da máquina é medida [...] pelo grau em que ela substitui a força humana de trabalho” (MARX, 2013, p.314). A consequência é a pauperização das classes trabalhadoras, a degradação da sua saúde e de suas condições de trabalho, o que compromete seriamente a sua reprodução social.

A intensificação da mecanização da produção (industrial e agrícola) e o aumento da produtividade daí resultante, impulsionaram a crescente extração da mais-valia, na sua forma relativa. Esse quadro implica em condições de trabalho extenuantes e o esgotamento físico e mental dos/as trabalhadores/as. Em *O capital*, Marx (2013) faz referência a vários relatórios de inspeção de fábrica, do século XIX, que evidenciam o alarmante estado de saúde dos/as trabalhadores/as, deixando nítida a conexão entre adoecimento/ morte com as condições e o excesso de trabalho. Um dos relatórios sinaliza que:

Na maioria das fábricas de algodão, de *worsted* e de seda, o extenuante estado de agitação necessário para o trabalho na maquinaria, cujo movimento nos últimos anos foi acelerado de modo tão extraordinário, parece ser uma das causas do excesso de mortalidade por doenças pulmonares, fato que o dr. Greenhow comprovou em seu mais recente e tão admirável relatório. (REPORTS OF INSP. OF FACT, 1861, p. 25-26 *apud* MARX, 2013, p.329-330).

-
5. Como se sabe, as lutas históricas do movimento operário internacional foram por jornadas de trabalho de 12 horas, 10 horas, 8 horas, até 40 horas semanais. A limitação legal da jornada e do nível de intensidade foi estabelecida após a instituição das leis fabris do século XIX, na Inglaterra, mas a implementação das 40 horas semanais encontrou muita resistência dos capitalistas e não foi efetivada de imediato.

Em termos metodológicos, Marx recorreu a uma interlocução direta com os/as próprios/as trabalhadores/as para informar e conhecer sobre a sua saúde em seu conjunto. Além de discutir o adoecimento e mortes dos/as trabalhadores/as ingleses (incluindo crianças), Marx também analisa a questão dos acidentes no âmbito da fábrica, apontando a sua relação com os processos de produção (pressão para aumentar a produtividade, intensificação do ritmo do trabalho, dentre outros). Marx destaca as condições materiais nas quais o trabalho se realiza na fábrica, ambiente onde “[todos] os órgãos dos sentidos são igualmente feridos pela temperatura artificialmente elevada, pela atmosfera carregada de resíduos de matéria-prima, pelo ruído ensurdecedor [...]” (MARX, 2013, p.333).

Nesse cenário, a grande indústria tornou-se uma “câmara de tortura” (SOUZA, MELO e VASCONCELLOS, 2015) para as famílias operárias, um ambiente totalmente antagônico à sua saúde e segurança, associando-se à um quadro geral de condições de vida, profundamente precário e desumano para a classe trabalhadora. De um lado, o processo de trabalho, inaugurado com a maquinaria, conduziu a um crescimento de acumulação de riqueza sem precedentes e, por outro, avançou na destruição da saúde dos/das trabalhadores/as e de suas famílias.

Para atender a uma nova dinâmica da acumulação, na sua fase monopolista, no século XX, o modo de produção capitalista passa por significativas alterações em seu processo de organização e gestão do trabalho, dando forma ao taylorismo/fordismo. Como aponta Braverman (1987), foram criadas as “gerências científicas” com a tarefa de ampliar o controle do capitalista e reduzir a influência dos trabalhadores sobre o processo de trabalho, desprezando totalmente o saber operário. Isso foi possível pela via da degradação e da repressão. O taylorismo (na indústria ou nos serviços) dissociou o conhecimento dos/as trabalhadores/as do processo de trabalho; separou o processo de concepção e execução e monopolizou o conhecimento para controlar as etapas

e a execução do processo de trabalho (BRAVERMAN, 1987). Se, em essência, o trabalho taylorista-fordista era “maquinal, parcelar, especializado, fragmentado e prescrito, contraditoriamente assumia uma versão mais contratualista, relativamente regularizada e provida de direitos” (ANTUNES, 2018, p.101), ao menos para os segmentos mais qualificados. Mas isso não significava um processo de trabalho livre de impactos sobre a saúde dos/as trabalhadores/as. Além da permanência dos problemas investigados por Marx (2013) e Engels (2008), o século XX registrou, com o avanço do taylorismo-fordismo, várias formas de adoecimentos e mortes relacionadas ao processo laboral, tendo em vista a intensificação do trabalho e do controle na produção em massa. Por exemplo, nos anos 1950, a indústria automobilística no Brasil⁶ — especificamente localizada no ABC Paulista — concentrou doenças originadas do trabalho e casos de invalidez. Como mostra Antunes (2018), as doenças registradas foram: neurose, pressão alta seguida de derrame cerebral e doenças da coluna vertebral (responsáveis por 530 casos de aposentadoria por invalidez antes dos 50 anos, num total de 840 sócios da Associação dos Aposentados Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema).

Esse padrão de organização do trabalho consolidou uma intensificação do desgaste mental, tendo em vista a monotonia do trabalho automatizado e a pressão da gerência por metas, gerando vários distúrbios de ordem psíquica e emocional (MERLO E LÁPIS, 2005).

Os séculos XIX e XX evidenciaram, de forma explícita, as crises capitalistas e o processo de precarização social do trabalho e a degradação das condições de vida da força de trabalho assalariada e a condição de exército de reserva, expondo as fragilidades às quais a classe trabalhadora, em seu conjunto, vem sendo há muito sujeitada.

6. Segundo dados da reportagem publicada pelo Jornal O Estado de São Paulo, em 29 de janeiro de 1979, citada por ANTUNES (2018).

Depois de um longo processo de crescimento da economia capitalista, iniciado no pós-guerra e propiciado por medidas anti-cíclicas, pelo “pleno emprego” e pelo modelo de produção e consumo em massa do fordismo-keynesianismo, o padrão de acumulação taylorista e fordista entra em crise em fins dos anos 1960 e início dos anos 1970, como reflexo de uma crise estrutural do próprio sistema do capital (MÉSZÁROS, 2002). Como resposta à crise do processo de acumulação nos anos 1980, novas e velhas formas de exploração do trabalho foram articuladas, configurando uma divisão internacional do trabalho que impactou o mundo do trabalho em escala global. Uma significativa parte da atividade produtiva foi deslocada para regiões da periferia do sistema, diminuindo o proletariado industrial, principalmente no âmbito do capitalismo avançado. Uma das consequências foi a grande expansão do número de trabalhadores e trabalhadoras vinculados/as ao setor de serviços, à agroindústria e também à indústria (ANTUNES, 2018). A mundialização da economia, desencadeada pela crise capitalista, tem a esfera financeira como seu elemento chave (CHESNAIS, 1988). A resposta do capital (reação burguesa) à crise foi um grande processo de reestruturação produtiva “visando recuperar seu ciclo reprodutivo e, ao mesmo tempo, repor seu projeto de hegemonia, então confrontado pelas forças sociais do trabalho” (ANTUNES, 2018, p.154). Esse novo padrão produtivo é marcado por avanços tecnológicos, desverticalização produtiva, formas flexíveis de acumulação, organização e gestão do trabalho, tendo o toyotismo como sua forma predominante. Com isso, a partir da acumulação flexível⁷, as empresas passam a adotar “flexibilização,

-
7. Vale destacar que a emergência de formas de acumulação flexível não representou uma extinção das formas pretéritas do fordismo, mas uma combinação entre esses padrões em vários setores produtivos, onde é possível evidenciar a convivência entre mudanças tecnológicas, qualificação da força de trabalho e a continuidade da intensificação da exploração da força de trabalho. Com

terceirização, subcontratação, círculo de controle de qualidade total, kanban, *just-in-time*, kaizan, *team work*, eliminação do desperdício, ‘gerência participativa’, sindicalismo de empresa, entre tantos outros” (ANTUNES, 2018, p.155). Essa nova gestão do trabalho, além de contribuir para o processo de apassivamento das forças sociais do trabalho e criar uma falsa ideia de participação⁸ dos/as trabalhadores/as no processo de trabalho (via colaboracionismo, parceria, empreendedorismo), também conduziu a um amplo e perverso processo de precarização do trabalho. A flexibilização impacta duramente nas relações de trabalho na medida em que se manifesta “na diminuição drástica das fronteiras entre atividade laboral e espaço da vida privada, no desmonte da legislação trabalhista, nas diferentes formas de contratação da força de trabalho e em sua expressão negada, o desemprego estrutural” (ANTUNES, 2018, p.141). Todas essas medidas articularam formas de extração de mais-valor absoluto e relativo e foram intensificadas a partir de uma nova crise estrutural do sistema, em 2008 (ANTUNES, 2013; 2018). No cenário de crise, a estratégia do capital é pela revitalização do processo de acumulação. Assim, impõe-se a hegemonia das finanças e a busca frenética por superlucros. O neoliberalismo emerge como a resposta burguesa à crise (que aparece, ideologicamente, como uma medida necessária de “enfrentamento” à mesma) e só aprofunda a exploração das classes trabalhadoras (com o aumento da extração do trabalho excedente) e a expropriação dos seus direitos sociais, através do subfinanciamento e

isso, é possível observar “elementos de continuidade e descontinuidade que acabam por conformar algo relativamente novo e bastante distinto do padrão taylorista/fordista de acumulação” (ANTUNES, 2018, p.154).

8. É um processo que estimula o que Antunes (2018) chamou de “subjetividade marcada pela inautenticidade”, já que são os interesses da empresa, do lucro e da produtividade que a comandam. Um subjetivismo de tipo “anticoletivo” e “antissindical, como denomina o autor.

da precarização das políticas sociais em face das contrarreformas do Estado — que, conforme Behring (2003), sob a ótica neoliberal, são medidas para reduzir o seu tamanho na esfera social.

A combinação entre neoliberalismo, privatização, financeirização da economia e reestruturação produtiva (articulando formas de exploração da força de trabalho pautadas no fordismo e formas próprias da acumulação flexível) fortaleceu os monopólios multinacionais; enfraqueceu as políticas sociais de proteção do trabalho e acarretou uma nova configuração da classe trabalhadora (estáveis X precários, dentre outras clivagens), face a flexibilização produtiva, desregulamentações, terceirizações e informalidade. Um dos efeitos de todos esses processos, no campo da saúde do/a trabalhador/a foi a relação direta entre terceirização e aumento das taxas de acidentes de trabalho⁹, fundamentalmente em algumas áreas, inclusive com mortes. Além disso, ampliam-se as doenças que têm nexos causais com o trabalho, particularmente aquelas que envolvem lesões osteomusculares e transtornos mentais, além de problemas cardiovasculares, gastrintestinais e osteoarticulares relacionados à falta de controle dos/as trabalhadores/as sobre o processo de trabalho (ANTUNES, 2018; SATO, 2003 *apud* ANTUNES, 2018). Fontes (2010) também aprimora o debate sobre a nova morfologia da classe trabalhadora, ao sinalizar o papel da chamada indústria 4.0 com os processos de *e-commerce*, o processo de uberização do trabalho, a expansão de *startups* e a crescente tendência de relações instantâneas pelo meio digital.

Esse cenário impactou o Brasil, especificamente nos 1990, quando o processo de reestruturação produtiva se intensificou com o avanço do neoliberalismo, nos governos Collor de Mello e, na sequência, com

9. BICUDO, Valéria Rosa. Terceirização na Petrobrás: implicações sociais, gerenciais e políticas. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 27., 2003, Atibaia. Anais. Atibaia: Associação Nacional dos Cursos de Pós-Graduação em Administração, 2003.

Fernando Henrique Cardoso. Foram operadas profundas transformações na economia de capitalismo dependente¹⁰ e tardio, contudo, as bases de uma produção voltada à exportação de bens primários e pautada na superexploração¹¹ da força de trabalho, mantiveram-se inalteradas.

A divisão internacional do trabalho fragmentou as diferentes etapas do ciclo produtivo de bens e serviços, entre países do norte e do sul. Isso ampliou as subcontratações sob condições precárias, além do desemprego. O processo de desindustrialização do Brasil, alavancada na década de 1990, é um dos fatores responsáveis pelas condições atuais do mercado de trabalho brasileiro. Como resultante, foi registrada — no trimestre encerrado em fevereiro de 2021 - a marca de 14,4% da PEA (População Economicamente Ativa) desempregada, segundo estimativa do IBGE¹².

Nesse quadro, imperam os baixos salários, os intensos ritmos de produção e jornadas de trabalho extenuantes, desarticulação do movimento operário e sindical (ANTUNES, 2018), desregulamentação e

-
10. BICUDO, Valeria Rosa. Terceirização na Petrobrás: implicações sociais, gerenciais e políticas. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 27., 2003, Atibaia. Anais. Atibaia: Associação Nacional dos Cursos de Pós-Graduação em Administração, 2003.
 11. BICUDO, Valeria Rosa. Terceirização na Petrobrás: implicações sociais, gerenciais e políticas. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 27., 2003, Atibaia. Anais. Atibaia: Associação Nacional dos Cursos de Pós-Graduação em Administração, 2003.
 12. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2021-04/ibge-estima-que-desempregados-no-brasil-sao-144-milhoes> Acesso em 10 de mar. de 2021.

informalização¹³ nas relações de trabalho, além de uma histórica fragilidade no campo da proteção social às classes trabalhadoras.

Nos últimos anos, foram aprovadas “reformas” danosas para os trabalhadores/as. A Contrarreforma Trabalhista, instrumentalizada pela Lei nº 13.467 de 2017, representou uma mudança significativa na CLT (Consolidação das Leis do Trabalho): legalizou o banco de horas; introduziu a modalidade de contratação intermitente e fragilizou ainda mais a CLT, frente à ampliação do poder patronal. Essa “reforma” foi apresentada como panaceia para a crise econômica e o desemprego, desde 2015. No entanto, não foi o que se verificou. A Contrarreforma da Previdência estabeleceu idade mínima para a aposentadoria e restringiu o acesso a este direito. O atual governo com predomínio neofascista¹⁴ (Boito

-
- 13.** O setor de serviços concentra a maior parte dos postos de trabalho que se caracterizam, majoritariamente, pela informalidade. Segundo Pochmann (2020), num período de quase 40 anos, a participação do setor terciário no total da PEA aumentou 59,5%. Passou de menos de 40%, em 1980, para 62,7%, em 2018. No ano de 2019, o país registrou 41,6% de trabalhadores/as no mercado de trabalho informal. A informalidade atingiu mais a população preta ou parda (47,4%) do que a branca (34,5%) e o rendimento dos homens foi 12,7% maior do que o das mulheres (com o mesmo número de horas trabalhadas). Sobre isso ver: [https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-11/ibge-informalidade-atinge-416-dos-trabalhadores-no-pais-em-2019?](https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-11/ibge-informalidade-atinge-416-dos-trabalhadores-no-pais-em-2019) Acesso em 14 de set. de 2021.
- 14.** Existe uma certa unanimidade em conceituar o fascismo (em seus velhos e novos formatos históricos), como uma face do capitalismo. Os países do sul global, considerados pelo capitalismo central como suas neocolônias, todas as vezes que aspiraram algum tipo de reformismo mais elementar, sofreram algum tipo de pressão ou golpe das classes dominantes. Em muitos casos, esse processo foi seguido pela constituição de projetos conservadores e até reacionários, que dialogaram ou desembocaram, regularmente, em direções com traços fascistas. Boito Junior (2021), inspirado na leitura de Togliatti (2010), Poulantzas (1968, 1970), Guerrin (1965, [1936]), dentre outros, define fascismo como “uma ditadura cujo regime político é um regime reacionário de massa” (BOITO JUNIOR, 2021, p.3). O autor nos lembra que o fascismo original foi aquele

Júnior, 2021) e ultraneoliberal¹⁵ de Jair Bolsonaro e a maioria do Congresso Nacional colocaram, na pauta, uma outra Contrarreforma:

que emergiu no século XX nos países centrais. Aquele foi um “movimento reacionário de massa” hegemonicamente pequeno-burguês, em oposição ao movimento operário socialista e comunista, que chegou a conter uma crítica, própria do pequeno proprietário, ao capitalismo e ao parlamento. Entretanto, essa crítica tinha um caráter conservador. Esse movimento chegou ao governo via cooptação pelo grande capital. O neofascismo emerge no século XXI e, na particularidade brasileira, “na semiperiferia do sistema imperialista”. Nesse caso, não tem base pequeno-burguesa, mas se caracteriza como “um movimento reacionário de massa predominantemente de alta classe média”, que reage contrariamente ao movimento democrático e popular. Não se trata de uma oposição a um movimento socialista e comunista de massa, pois esse não se faz presente na atualidade brasileira. No Brasil, o neofascismo é uma crítica conservadora, predominantemente de classe média, à corrupção e à política democrática. Sua chegada ao governo ocorre via cooptação pelo capital financeiro internacional e por uma fração da burguesia brasileira que a ele se vincula, burguesia essa que não tem perfil “nacional expansionista” (BOITO JÚNIOR, 2021). Como sinaliza o autor, os 2 movimentos “prestam serviços a frações da burguesia, mas sem se deixar reduzir a instrumentos passivos que essas frações manipulariam ao seu bel prazer” (BOITO JÚNIOR, 2021, p.8). Como destaca Boito Júnior (2021), no caso brasileiro, o neofascismo originado na alta classe média, encontra apoio de segmentos populares, ao longo do ano de 2018. Assim, o “nacionalismo bolsonarista” se tornou uma “arma ideológica” no combate à esquerda e defende, basicamente, uma “suposta homogeneidade da sociedade nacional”, que estaria ameaçada frente as pautas da esquerda – “luta pela terra, luta pelos direitos dos trabalhadores, luta das mulheres, dos ambientalistas, da população LGBT, dos negros, indígenas e outras” (BOITO JÚNIOR, 2021, p.7).

15. Como aponta Fontes (2020), os “desdobramentos do ordoliberalismo, do neoliberalismo, do ultraliberalismo e, agora, do ultraneoliberalismo desvelam sua face mais óbvia – trata-se unicamente de defender a propriedade do capital, e sua pressa feroz em extrair mais-valor, pisoteando sobre as massas trabalhadoras” (FONTES, 2020). Prefácio na tragédia da pandemia. In: BRAVO, MATOS e FREIRE (2020) em Políticas sociais e Ultraneoliberalismo. Editora Navegando, 2020. Disponível em: <https://www.editoranavegando.com/livro-> Acesso em 12 de set. de 2022.

a Administrativa. Essa, sob a falácia da necessidade de “enxugamento” e “modernização” da máquina pública, coloca em risco a realização de concursos públicos e faz a apologia da privatização dos serviços públicos. Como é uma medida impopular, governo e Congresso aguardam a finalização do período eleitoral, para retomar a pauta. Além das contrarreformas, completa o quadro da desproteção social, o avanço do subfinanciamento e do sucateamento do SUS, desde a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), em 15 de dezembro de 2016 (a conhecida PEC do “fim do mundo”), durante o governo de Michel Temer, que restringiu o gasto público primário destinado a direitos sociais (como saúde, educação, assistência social), por 20 anos.

O capitalismo brasileiro, segue então, em sua fase ultraneoliberal, flexibilizando e precarizando as relações trabalhistas (inclusive sob o recurso ideológico do empreendedorismo); intensificando a exploração do trabalho, com jornadas de trabalho excessivas (face à ameaça do desemprego) e demolindo os já escassos direitos sociais e/ou utilizando-os, meramente, para fins eleitorais. Nesse caso, destaca-se dentre as medidas com finalidade eleitoral, por parte do governo de Jair Bolsonaro, a instituição do programa social *Auxílio Brasil*, com reajuste de 20% do valor do benefício (em substituição ao Programa Bolsa Família), em pleno ano eleitoral, onde é vedada a criação de qualquer programa social (exceto em casos de calamidade pública ou estado de emergência, o que não justificaria a sua criação frente à pandemia de COVID-19, já que este Programa só vem a ser criado 2 anos depois da mesma). Além disso, a previsão é que o *Auxílio Brasil* tenha vigência somente até o final do ano de 2022.

O lucro do capital segue sendo priorizado em detrimento de políticas de proteção social para o/a trabalhador/a e de melhores condições de trabalho para os/as servidores/as públicos/as responsáveis pela proteção social e pelas diferentes medidas de cuidado à saúde da população empobrecida.

Ao longo desse item foi possível identificar que restou às classes trabalhadoras, em diferentes fases da acumulação capitalista (da Revolução Industrial à digital), somente exploração, degradação, precarização, adoecimento e mortes. Na periferia do capitalismo tal processo encontra condições ideais para seu aprofundamento. Como consequência, as próprias condições de pauperização e desproteção em que vivem os/as trabalhadores/as (sejam eles usuários/as e demandadores/as de políticas sociais estatais ou os agentes executores de tais políticas) também fizeram com que estivessem mais expostos a epidemias e pandemias, ao longo do tempo. Isso se repetiu recentemente, num cenário de grande crise econômica, potencializada pela crise sanitária decorrente da pandemia de COVID-19. A pandemia trouxe, para o centro do debate, a centralidade do trabalho e a saúde dos/as trabalhadores/as que dependem, fundamentalmente, da sua força de trabalho para sobreviverem. Sabe-se que a maior fração da classe trabalhadora (que hoje se encontra em relações informais e precarizadas de trabalho) e os grupos pauperizados dos países periféricos foram os segmentos mais prejudicados¹⁶. O Brasil registrou, até o momento, 687.000 mortes por

16. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), aproximadamente 1,6 bilhão de trabalhadores/as informais foram impactados/as pelas medidas de isolamento no mundo. No primeiro mês da crise, estes/as tiveram uma redução média de sua renda em 60%, realidade ainda mais agravante na África e na América Latina, onde a perda média foi de 81% (ILO, 2020). Estudos apontam que as dimensões da precarização do trabalho estabeleceram determinação recíproca com a pandemia. Houve graves impactos da pandemia sobre os/as trabalhadores/as, fundamentalmente, aqueles/as que estão na informalidade (ISAAC SILVA, 2020). Nessa condição de informalidade estão os/as trabalhadores/as autônomos/as (tais como os/as motoristas, incluindo os/as de aplicativo), os/as trabalhadores/as sem carteira assinada, empregadas domésticas (mensalistas e diaristas) sem carteira, os/as chamados/as empreendedores sem CNPJ e seus auxiliares (vendedores ambulantes, pedreiros etc) (Idem, 2020).

COVID-19. Os/as trabalhadores/as que atuaram na chamada linha de frente de combate à pandemia, no SUS, tiveram profundo esgotamento físico e mental. Segundo dados da pesquisa “*Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da COVID-19*”¹⁷, a pandemia impactou profundamente a vida de 95% desses/as trabalhadores/as; 50% relatou excesso de trabalho nesse período, com jornadas maiores que 40h semanais; 45% precisa de mais de um emprego para sobreviver. A pesquisa mostrou que esse grupo relatou sobrecarga em função do elevado absenteísmo (14% dessa força de trabalho esteve no limite da exaustão); medo de contaminação e morte, num contexto de “confisco da cidadania do trabalhador” (tendo em vista as terceirizações, desemprego, extinção de direitos trabalhistas, salários reduzidos, gastos com equipamento de proteção individual (EPI) — 64% tiveram que improvisar nesse quesito). Vale destacar também que 15% relatou estrutura inadequada para realizar sua atividade e 12,3% fluxos de internação ineficientes. A saúde mental desses/as profissionais foi afetada, tendo em vista que 15,8% teve distúrbio do sono; 13,6% teve irritabilidade/ choro frequente/distúrbios em geral; 11,7% incapacidade de relaxar/ estresse; 8,3% teve sensação negativa do futuro, pensamento negativo, suicida; dentre outros.

É importante lembrar que esse cenário de extrema precariedade das condições de trabalho e de adoecimento dos/as trabalhadores/as do SUS (com destaque para os vínculos desiguais e precários de trabalho; baixa remuneração, intensificação do trabalho, estrutura material de trabalho inadequada, dentre outras) não é algo circunstancial à crise pandêmica, apesar de ter se potencializado com ela. Trata-se de um projeto histórico e estrutural de mercadorização do direito à saúde, a partir de uma

17. Sobre isso ver: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude> Acesso em 15 de set. de 2022.

política de subfinanciamento e precarização do SUS brasileiro¹⁸. Esse projeto ganhou contornos dramáticos com a EC nº 95 e com a gestão criminoso da pandemia pelo governo de Jair Bolsonaro. Tal projeto vem impactando historicamente o processo de trabalho dos/as trabalhadores/as do SUS, com a intensificação da exploração do seu trabalho.

O cuidado é o núcleo do processo de trabalho em saúde e esse aspecto ganha relevância no âmbito hospitalar. O hospital é uma estrutura do cuidado em saúde extremamente complexa, que oferece serviços normatizados e de caráter assistencial curativo. Numa concepção tradicional, o hospital no “sistema de saúde, é entendido como “uma referência em determinadas situações de maior complexidade e gravidade (CECILIO e MERHY, 2003, p.5). O seu papel para a integralidade do cuidado seria fazer “uma adequada contra-referência após realizar o atendimento” (Idem, 2003, p.5). O cuidado, particularmente no hospital, envolve um processo de trabalho coletivo, que depende da articulação do trabalho de vários/as profissionais que operam tecnologias de saúde, procedimentos, fluxos e rotinas para que o cuidado aconteça na sua integralidade.

18. A mais recente decisão de Jair Bolsonaro, que poderá ampliar mortes dos/as trabalhadores/as mais pobres por falta de remédios, é o corte de 60% de recursos, no Orçamento da União de 2023, para o Programa Federal Farmácia Popular, o que restringirá o acesso dos/as usuários/as do SUS a 13 tipos de princípios ativos no tratamento de diabetes, hipertensão, asma, dentre outros. Sobre isso ver: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2022/09/bolsonaro-corta-60-da-verba-do-farmacia-popular-para-abastecer-orcamento-secreto/> Acesso em 16 de set. de 2022. Além disso, o atual presidente também cortou verba destinada ao tratamento do câncer, também para liberar dinheiro para o chamado orçamento secreto”. Essa verba (que é destinada para compra de equipamentos e insumos) será cortada pela metade, a partir de 2023. Sobre isso ver: <https://www.brasildefato.com.br/2022/09/23/bolsonaro-corta-verba-do-atendimento-ao-cancer-para-liberar-dinheiro-para-o-orcamento-secreto> Acesso em 28 de set. de 2022.

O trabalho no campo da saúde pública é, por um lado, uma via de autor-realização e construção/consolidação de uma identidade coletiva¹⁹ entre os/as profissionais da área, tendo em vista a natureza da sua missão, em torno do cuidado. Por outro lado, majoritariamente, os sinais de insatisfação associados a indicadores de precarização do trabalho e adoecimento entre as diversas categoriais profissionais desse setor vêm se consolidando como realidade cotidiana. Essa insatisfação tem constado nas pautas dos sindicatos, associações, federações de trabalhadores/as da saúde. A saúde do/a trabalhador/a do SUS vem sendo impactada de diferentes formas, seja pela cobrança da população insatisfeita frente à precarização dos serviços, seja por questões relacionadas à baixa remuneração dos/as profissionais ou por condições de trabalho extremamente desiguais e precárias.

A pesquisa de Pinheiro, Barroco e Santos (2019) correlaciona alguns efeitos do modelo de gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh)²⁰ no âmbito do Hospital Universitário Getúlio

-
19. Fundamentalmente uma identidade profissional construída a partir do projeto coletivista da Reforma Sanitária. Sobre isso ver: BRAVO, M. I. S. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. 4. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011.
 20. A Ebserh é criada a partir da Lei nº 12.550, promulgada em 15 de dezembro de 2011. A finalidade da Ebserh é assumir o gerenciamento dos Hospitais Universitários, que são unidades de referência no cuidado de média e alta complexidade, no âmbito do SUS. Diante de um quadro de grandes dificuldades financeiras pelas quais já vinham passando estes hospitais (resultado de um histórico processo de precarização das políticas sociais no país, especialmente a partir do neoliberalismo inaugurado na era Collor; revigorado com o Plano Diretor de Contrarreforma do Estado do governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1995, e aprofundado com a PEC do “teto de gastos”, no governo Temer), o surgimento da Ebserh aparece como “alternativa à crise”, nos moldes neoliberais, ou seja, inserir modelo de gestão baseado em princípios do direito privado (lógica empresarial-gerenciaísta), tendo em vista o recurso ideológico da “ineficiência

Vargas (Estado do Amazonas) e a saúde do/a trabalhador/a. A investigação foi realizada entre trabalhadores/as estatutários/as e celetistas e revelou como principais problemas que impactaram na saúde dos/as trabalhadores/as pós-gestão da Ebserh: a existência de vínculos diferenciados como base dos conflitos entre funcionários/as da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e da Ebserh (fundamentalmente cargas horárias, salários e estabilidade). Além disso, foram relatados problemas de infraestrutura física; falta de espaço; alterações na forma de gestão do trabalho; desorganização do trabalho; presença de ruídos; falta de materiais de higiene (luvas, máscaras, álcool em gel) e de segurança; recursos financeiros insuficientes e ausência de ações de promoção à saúde do/a trabalhador/a. Estudo semelhante de Daneliu et al. (2019), no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), após o contrato de gestão via Ebserh, em 2014, apontou que, na percepção dos/as trabalhadores/as entrevistados/as, depois de dois anos de gerência da EBSERH, os problemas cotidianos não mudaram efetivamente (fundamentalmente, falta de insumos e pouca valorização do/a trabalhador/a).

A crescente demanda do cuidado em saúde e o histórico quadro de subfinanciamento do SUS aprofundam as complexidades do setor e a intensificação dos processos de trabalho. Vale destacar também que o setor de saúde brasileiro tem um histórico de predominância do trabalho feminino com jornadas de trabalho de, no mínimo, 57 horas semanais,

do Estado". Esse processo não passa de uma estratégia de privatização dos hospitais universitários, pois amplia os mecanismos de inserção da lógica de mercado na gestão dos serviços do SUS. Em essência, tal lógica é dissonante em relação aos valores predominantes de universalidade, qualidade e gratuidade dos serviços defendidos pelo SUS e pela Constituição Federal de 1988. Vale destacar que, após conflitos e resistências das comunidades acadêmicas, até o ano de 2019, a Ebserh já havia assumido a gerência de 40 hospitais universitários em todo país (tendo em vista um universo de 50 hospitais no país).

na vigência de 2 ou mais vínculos. Estas horas semanais de trabalho podem ser triplicadas, considerando a dinâmica da realidade dos postos de trabalho e da margem de empregos. Isso sem contar a média de 6 horas/dia de trabalho dedicadas à atenção, educação e cuidado domésticos, somada a 12 horas de jornada de plantão²¹.

21. A Ebserh é criada a partir da Lei nº 12.550, promulgada em 15 de dezembro de 2011. A finalidade da Ebserh é assumir o gerenciamento dos Hospitais Universitários, que são unidades de referência no cuidado de média e alta complexidade, no âmbito do SUS. Diante de um quadro de grandes dificuldades financeiras pelas quais já vinham passando estes hospitais (resultado de um histórico processo de precarização das políticas sociais no país, especialmente a partir do neoliberalismo inaugurado na era Collor; revigorado com o Plano Diretor de Contrarreforma do Estado do governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1995, e aprofundado com a PEC do “teto de gastos”, no governo Temer), o surgimento da Ebserh aparece como “alternativa à crise”, nos moldes neoliberais, ou seja, inserir modelo de gestão baseado em princípios do direito privado (lógica empresarial-gerencialista), tendo em vista o recurso ideológico da “ineficiência do Estado”. Esse processo não passa de uma estratégia de privatização dos hospitais universitários, pois amplia os mecanismos de inserção da lógica de mercado na gestão dos serviços do SUS. Em essência, tal lógica é dissonante em relação aos valores predominantes de universalidade, qualidade e gratuidade dos serviços defendidos pelo SUS e pela Constituição Federal de 1988. Vale destacar que, após conflitos e resistências das comunidades acadêmicas, até o ano de 2019, a Ebserh já havia assumido a gerência de 40 hospitais universitários em todo país (tendo em vista um universo de 50 hospitais no país).

De acordo com o RENAST²², estudos localizados apontam para alta incidência de acidentes de trabalho nos serviços de saúde; adoecimento mental; absenteísmo/doenças; queixas de dores musculoesqueléticas e insatisfação dos profissionais do SUS.

Estudo de Buckle e Devereux (2002) confirmam que na área da saúde são recorrentes os problemas musculoesqueléticos, tendo em vista que os/as profissionais estão envolvidos/as com a mobilização dos/as doentes, com deslocamentos constantes, e muitas vezes, permanecem por longos períodos em pé, além de movimentos finos e perenes para realização dos pequenos cuidados aos pacientes.

Vale destacar também o grau de exposição a acidentes perfuro-cortantes. Estudo realizado na rede estadual de saúde de São Paulo evidenciou que 13,2% desses acidentes ocorreram entre os/as trabalhadores/

22. A Ebserh é criada a partir da Lei nº 12.550, promulgada em 15 de dezembro de 2011. A finalidade da Ebserh é assumir o gerenciamento dos Hospitais Universitários, que são unidades de referência no cuidado de média e alta complexidade, no âmbito do SUS. Diante de um quadro de grandes dificuldades financeiras pelas quais já vinham passando estes hospitais (resultado de um histórico processo de precarização das políticas sociais no país, especialmente a partir do neoliberalismo inaugurado na era Collor; revigorado com o Plano Diretor de Contrarreforma do Estado do governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1995, e aprofundado com a PEC do “teto de gastos”, no governo Temer), o surgimento da Ebserh aparece como “alternativa à crise”, nos moldes neoliberais, ou seja, inserir modelo de gestão baseado em princípios do direito privado (lógica empresarial-gerencialista), tendo em vista o recurso ideológico da “ineficiência do Estado”. Esse processo não passa de uma estratégia de privatização dos hospitais universitários, pois amplia os mecanismos de inserção da lógica de mercado na gestão dos serviços do SUS. Em essência, tal lógica é dissonante em relação aos valores predominantes de universalidade, qualidade e gratuidade dos serviços defendidos pelo SUS e pela Constituição Federal de 1988. Vale destacar que, após conflitos e resistências das comunidades acadêmicas, até o ano de 2019, a Ebserh já havia assumido a gerência de 40 hospitais universitários em todo país (tendo em vista um universo de 50 hospitais no país).

as da limpeza e a maior prevalência ocorreu entre os/as trabalhadores/as da equipe de Enfermagem: 71,5% dos acidentes (ALMEIDA e BENATTI, 2007).

À guisa das considerações finais, destacamos que as precárias condições de trabalho dos/as trabalhadores/as do SUS correspondem às já bastante conhecidas tendências de desregulamentação do trabalho vigentes no mundo e de superexploração do trabalho (como singularidade do capitalismo dependente brasileiro). Estas condições se agravaram no período pandêmico, mas são históricas e estruturais. O processo de precarização do trabalho em saúde reflete o que vem ocorrendo em outros setores e serviços, há tempos. A precarização do trabalho vem institucionalizando e naturalizando a instabilidade e a insegurança no mundo do trabalho, expressas em modelos de organização do trabalho — em que a terceirização/subcontratação (em seus diferentes formatos) permanecem em lugar de destaque. Além disso, soma-se o recuo do papel do Estado como regulador do mercado de trabalho e provedor de proteção social. Nesse quadro de precarização estrutural, o aprofundamento da flexibilização dos direitos trabalhistas só amplia os mecanismos de intensificação do trabalho, produzindo efeitos na saúde daqueles/as que prestam o cuidado em saúde. Para além dos riscos ocupacionais inerentes a cada campo disciplinar que compõe o SUS, grande parte dos estudos evidenciam que a existência de vínculos trabalhistas diferenciados na mesma unidade de saúde implica em desigualdades no campo dos direitos sociais e disputas cotidianas de trabalho que caminham na contramão do sentido de um trabalho coletivo, tão caro à área da Saúde Coletiva.

Apesar de alguns avanços, o sistema de saúde no Brasil, o conjunto de políticas públicas e sociais e todo aparato legal e normativo voltados para a atenção integral à saúde do trabalhador e da trabalhadora (ST) evidenciam grande fragilidade diante das mudanças no mundo do trabalho; da hegemonia dos interesses econômicos em detrimento do

atendimento às necessidades sociais e de políticas sociais orientadas por princípios neoliberais. Soma-se a isso o enfraquecimento dos sindicatos enquanto organizações históricas de luta contra a precarização do trabalho, o avanço do desemprego e a retração no campo das políticas públicas (LACAZ, 2007). O sistema público de saúde enfrenta dificuldades para alcançar a integralidade das ações em ST, as responsabilidades encontram-se fragmentadas; há falta de articulação e integração das ações; há uma dicotomia entre as ações de assistência e vigilância; no plano pluri-institucional há também ausência de integração e articulação, como é o caso da relação entre Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Previdência; as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) sofrem com recursos escassos, grande rotatividade de profissionais, carência de recursos humanos, sobrecarga de trabalho das equipes nos municípios, dentre outros. Além disso, o Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SIST) também sofre com a precariedade e caracteriza-se pelo caráter burocrático e pelo distanciamento dos reais problemas enfrentados na relação saúde-doença do trabalhador (SILVA, 2021).

Um dos desafios das estruturas de promoção da saúde e atenção ao/a trabalhador/a do SUS, como partes integrantes da rede, além de atuar na prevenção dos agravos à saúde, do adoecimento e de acidentes e na rede de cuidado e atenção, é a ampliação dos canais de comunicação com e entre todos/as os/as trabalhadores/as (em suas diferentes categorias e processos de trabalho) para que se fortaleçam enquanto sujeitos políticos (também em seus sindicatos, fóruns, conselhos profissionais e movimentos sociais), entendendo-se melhor como trabalhadores/as que cuidam e que também merecem cuidado. São, desse modo, agentes históricos de mudanças, com saberes e vivências sobre seus trabalhos que precisam ser compartilhados e submetidos a uma prática reflexiva, tendo em vista a transformação da realidade do trabalho. Nesse sentido, é preciso aprofundar e ampliar o debate em torno da saúde do/a trabalhador/a das unidades que compõem o SUS como um todo, numa

compreensão que vá além da saúde ocupacional, mas que alcance os níveis de determinação entre trabalho e saúde. E isso implica continuar questionando e resistindo às contrarreformas que interessam ao capital e não aos/as trabalhadores/as; aos modelos de gestão que flexibilizam os direitos do trabalho; as terceirizações que ampliam a massa dos/das desprotegidos/as sociais; ao subfinanciamento do SUS e aos processos de privatização e usurpação do fundo público.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. A. F. da; BENATTI, M. C. C. Exposições ocupacionais por fluidos corpóreos entre trabalhadores da saúde e sua adesão à quimioprofilaxia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(1): 120-126, 2007.
- ANTUNES, R. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo, 2018.
- ANTUNES, R. A nova morfologia do trabalho e suas principais tendências: informalidade, infoproletariado, (i)materialidade e valor. In: ANTUNES, R. (Org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*, v.2. São Paulo: Boitempo, 2013.
- ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2013.
- ANTUNES, R. *O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2005.
- BEHRING, E. R. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de Direitos*. São Paulo: Cortez, 2008.
- BRAVERMAN, H. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1987.
- BRAVO, M. I. S. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Editora Cortez, 2011.
- BOITO JUNIOR, A. O caminho brasileiro para o fascismo. *Caderno CRH*, Salvador, v.34, p.1-23, 2021.
- BUCKLE, P.; DEVEREUX, J. The nature of work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders. *Applied Ergonomics*, 33: 207-217, 2002.

- CAZAROLLI, E. Trabalhadores de saúde do serviço de oncologia: prazer, sofrimento e estratégias defensivas. *Dissertação (Mestrado em Psicologia)*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria/RS, 2012.
- CECÍLIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas: mar., 2003. Disponível em: <http://www.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2018/04/cecilio-a-integralidade-do-cuidado-como-eixo-da-gestao-hospitalar.pdf>. Acesso em: 2 set. 2022.
- CHESNAIS, F. (Org.). *A mundialização financeira: gênese, custos e riscos*. São Paulo: Xamã, 1998.
- COSTA, D. et al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo: n.38(127):11-30, 2013.
- DANELIU, J. L. et al. A percepção dos trabalhadores sobre o processo de trabalho em um Hospital Universitário Federal sob gestão de uma empresa estatal de direito privado. *Saúde Debate*, n.43(121), Apr-Jun, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nHGmTc-9gFpdbxmbFVPMkd8c/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2022.
- ENGELS, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo, 2008.
- FERNANDES, F. *A Revolução Burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica*. São Paulo: Globo, 2005.
- FONTES, V. Prefácio na tragédia da pandemia. In: BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio e FREIRE, Silene. *Políticas Sociais e Ultraneoliberalismo*. Uberlândia: Editora Navegando, 2020.
- FONTES, V. *O Brasil e o capital-imperialismo*. Teoria e História. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ/Ed. EPSJV, 2010.

- ISAAC SILVA, P. H. O Mundo do Trabalho e a pandemia de COVID-19: um olhar sobre o setor informal. *Caderno de Administração*, 28, 66-70, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cadadm.v28i0.53586>. Acesso em: 13 out. 2021.
- KOVAL, B. *História do proletariado brasileiro — 1857 a 1967*. São Paulo: Editora Alfa-Omega, 1982.
- LACAZ, F. A. de C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre a relação trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 23 (4): 757-766, abr, 2007.
- LACAZ, F. A. de C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, v.13, 1997.
- LACAZ, F. A. de C. Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. *Tese (Doutorado em Medicina)*, Campinas: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, 1996.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: o desgaste operário*. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/São Paulo: Editora Hucitec, 1989.
- LAURELL, A. C. Saúde e trabalho: os enfoques teóricos. In: NUNES, E. D. (Org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 1985.
- LAZZAROTO, P. K. et al. Estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico e família. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 8(3), 560-575, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769229408>. Acesso em: 20 ago. 2022.
- LUCE, M. S. A superexploração da força de trabalho no Brasil. *Revista Sociedade Brasileira de Economia Política*, São Paulo: n.32, p.119-141, 2012.

- MACHADO, M. H.; MOYSÉS, N. M. N.; OLIVEIRA, E. dos S. (Org.). *Trabalhadores da saúde em números*. ENSP, Rio de Janeiro: v.2, 2006.
- MARINI, R. M. El ciclo del capital en la economía dependiente. In: OSVALD, Ú. (Org.). *Mercado y dependencia*. México: Nueva Imagen, 1979.
- MARINI, R. M. Sobre a dialética da dependência. *Revista latino-americana de Ciências Sociais*, Santiago de Chile, n.5, p.51-62, jun., 1973. Disponível em: www.centrovictormeyer.org.br. Acesso em: 10 set. 2022.
- MARX, K. *O capital: crítica da economia política. Livro I: o processo de produção do capital*. São Paulo: Boitempo, 2013.
- MARX, K. *O capital: crítica da economia política*. São Paulo: Nova Cultural, 1988.
- MARX, K. *O capital: crítica da economia política. Vol. II*. São Paulo: Abril Cultural, 1983.
- MERLO, Á. R. C.; LÁPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: algumas considerações. *Boletim da saúde*, Porto Alegre: v.19, n.1, jan.-jun., 2005.
- MÉSZÁROS, I. *Para além do capital: rumo a uma teoria da transição*. São Paulo, Boitempo, 2022.
- OLIVA, M. S. P. O campo político da saúde do trabalhador e o Serviço Social. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: n.102, abr.-jun., 2010.
- PINHEIRO, H. A.; BARROCO, C. C.; SANTOS, G. V. Ebserh e Hospitais Universitários: implicações para a saúde do trabalhador no Hospital Universitário Getúlio Vargas. *IX Jornada Internacional de Políticas Públicas*. São Luís: 07 jan.-19 mar., 2019.
- SILVA, F. F. V. da. Atenção integral em Saúde do Trabalhador: limitações, avanços e desafios. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 46: e12, 2021.

SOUZA, D. de O.; MELO, A. I. S. C. de; VASCONCELLOS, L. C. F de. A saúde dos trabalhadores em ‘questão’: anotações para uma abordagem histórico-ontológica. *O social em questão*, Rio de Janeiro: v.18, n.34, p.107-136, 2015. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_34_5_Souza_Melo_Vasconcellos.pdf. Acesso em: 2 ago. 2022.

TEIXEIRA, C. F. de S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Abrasco, 25(9), 3465-3474, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Acesso em: 19 ago. 2022.

VASCONCELLOS, L. C. F de. Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado. *Tese (Doutorado em Saúde Pública)* — Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

ANA RAQUEL DE MELLO CHAVES

Tecnologista do Instituto Nacional de Câncer (INCA-RJ). Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-Fiocruz).

E-MAIL: achaves@inca.gov.br

DOLORES LIMA DA COSTA VIDAL

Tecnologista em Saúde Pública do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ). Docente, tutora, preceptora e orientadora do Programa de Residência Multiprofissional em saúde da criança e do adolescente cronicamente adoecidos (IFF/FIOCRUZ). Doutora em Política Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

E-MAIL: dolores.vidal@iff.fiocruz.br

ERIKA SCHREIDER

Tecnologista do Instituto Nacional de Câncer (INCA-RJ). Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

E-MAIL: eschreider@inca.gov.br

FABIANA FELIX RIBEIRO

Tecnologista do Instituto Nacional de Câncer (INCA-RJ). Doutora em Ciência da Informação, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação (IBICT/UFRJ).

E-MAIL: fabiana.ribeiro@inca.gov.br

LAURA FREITAS OLIVEIRA

Tecnologista do Instituto Nacional de Câncer (INCA-RJ). Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

E-MAIL: laura.oliveira@inca.gov.br

LETÍCIA BATISTA SILVA

Pesquisadora em Saúde Pública da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Professora da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF/Niterói). Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

E-MAIL: leticiabatistas@gmail.com

REGIMARINA REIS

Pesquisadora em Saúde Pública da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

E-MAIL: regimarina.reis@gmail.com

REGINA MARIA MARTELETO

Pesquisadora Titular do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT/MCTI). Membro permanente do corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação (PPGCI/IBICT-UFRJ).

E-MAIL: regina.marteleteo@gmail.com

RENATA CRISTINA MENDES LIMA

Tecnologista do Instituto Nacional de Câncer (INCA-RJ). Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

E-MAIL: renata.lima@inca.gov.br

SENIR SANTOS DA HORA

Tecnologista do Instituto Nacional de Câncer (INCA-RJ). Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

E-MAIL: senir.santos@inca.gov.br

SIMONE FERREIRA

Professora-Pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

E-MAIL: simone.cristina@fiocruz.br

SIMONE MONTEIRO DIAS

Tecnologista do Instituto Nacional de Câncer (INCA-RJ). Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto Fernandes Figueira (IFF-Fiocruz).

E-MAIL: simdias@hotmail.com

TATIANE VALÉRIA CARDOSO DOS SANTOS

Pesquisadora do Núcleo sobre Trabalho, Políticas Públicas e Serviço Social (TRAPPUS/PPGSS/PUC-Rio). Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PPGSS/PUC-Rio). Especialista na modalidade de Residência Multiprofissional em Oncologia pelo Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA).

E-MAIL: tcardoso@puc-rio.br

THIAGO DE OLIVEIRA MACHADO

Doutor e mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGSS-UERJ). Especialista na modalidade de Residência Multiprofissional em Oncologia pelo Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA).

VALÉRIA ROSA BICUDO

Assistente social. Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professora da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF/Niterói).

VIVIANE LOPES

Doutora em saúde pública, pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-Fiocruz). Professora Associada da Universidade Federal Fluminense.

E-MAIL: vivianelopes@id.uff.br

