

**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO**

LAIS LUIZA COSTA BARROS

**FUNDO PÚBLICO E SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES NO CUIDADO DO CÂNCER NO
BRASIL.**

Rio de Janeiro

2023

LAÍS LUIZA COSTA BARROS

**FUNDO PÚBLICO E SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES NO CUIDADO DO CÂNCER NO
BRASIL.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Hospital Central do Exército como requisito parcial para a conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia.

Orientadora: Ma. 1ªTen. Andreia Costa

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO/BIBLIOTECA

B277

Barros, Laís Luiza Costa.

Fundo Público e Saúde: Limites e possibilidades no cuidado do Câncer no Brasil. / Laís Luiza Costa Barros. – Rio de Janeiro, 2023.

56 f.

Orientador (a): Andreia Martins da Costa Ribeiro

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Hospital Central do Exército, Divisão de Ensino e Pesquisa, 2023.

Referências: f. 52-56

1. FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE. 2. ONCOLOGIA. 3. SAÚDE PÚBLICA. I. Andreia Martins da Costa Ribeiro. II. Hospital Central do Exército. III. Fundo Público e Saúde: Limites e possibilidades no cuidado do Câncer no Brasil.

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial deste trabalho.

Laís Luiza C. Barros

09/02/2023

Assinatura

Data

LAÍS LUIZA COSTA BARROS

Fundo Público e Saúde: Limites e possibilidades no cuidado do Câncer no Brasil.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Hospital Central do Exército como requisito parcial para a conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia.

Orientador: Ma. 1ªTen. Andreia Costa.

Aprovada em: _____ de _____ de _____

Banca examinadora:

Andreia Martins da Costa Ribeiro – Mestre Assistente Social do HCE

Kamila Delfino dos Santos Corgozinho – Doutora Assistente Social da 1ª Região Militar do Exército Brasileiro.

Thaislayne Nunes de Oliveira – Mestre Assistente Social do HCE

Rio de Janeiro

2023



ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

EB: 64574.003409/2023-61

Aos nove dias do mês de fevereiro de 2023 reuniu-se a banca examinadora do Trabalho de Conclusão de Residência de LAIS LUIZA COSTA BARROS, apresentado como requisito parcial de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Hospital Central do Exército, intitulado "FUNDO PÚBLICO E SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES NO CUIDADO DO CÂNCER NO BRASIL". Compuseram a banca examinadora os professores: Ma. ANDREIA MARTINS DA COSTA RIBEIRO (ORIENTADORA/1° Ten), Ma. THAYSLAINE NUNES DE OLIVEIRA (AVALIADORA 1/2° Ten) e Ma. KAMILA DELFINO DOS SANTOS CORGOZINHO (AVALIADORA 2/1° Ten). Após a exposição oral, a discente foi arguida pelos componentes da banca que, em seguida, reuniram-se reservadamente e decidiram por:

- (X) APROVAR, com conceito Exemplar o trabalho de conclusão de residência.
- () NÃO APROVAR, com conceito _____, o trabalho de conclusão de residência.
- () APROVAR COM RESTRIÇÕES, com conceito _____, o trabalho de conclusão de residência. Dessa forma, a aluna se compromete a realizar as correções indicadas pelos membros da banca, bem como a orientadora se compromete a verificar se as alterações foram devidamente realizadas.

E, nada mais havendo a registrar, lavro o presente documento que segue por todos os membros assinado.

Presidente (orientador): Andreia Martins da Costa Ribeiro

Co-orientador: _____

Avaliador 1: Thayslaine Nunes de Oliveira

Avaliador 2: Kamila Delfino Santos Corgozinho

Residente: Laís Luiza Costa Barros

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora e preceptora Tenente Andreia Costa, pelos ensinamentos e pela parceria durante a trajetória da residência. À equipe do Serviço Social por todo apoio, amizade e dedicação: Michelle Pimentel, Larissa Gomes, Thayslaine Nunes e Thais Rocha. À Daniella Lina por toda amizade e companheirismo.

Aos colegas de turma,

À Coordenação do Programa de Residência Multidisciplinar em Oncologia.

RESUMO

O câncer já é uma das principais causas de morte e adoecimento no mundo. No Brasil, no triênio 2023-2025 são estimados mais de 700 mil casos ao ano. Nesse sentido, é de suma importância compreender como está estruturada a Política de Oncologia no Brasil, seu financiamento e os embates e contradições existentes na disputa de recursos no campo das políticas sociais. **Objetivo:** O presente trabalho pretendeu sistematizar o financiamento da Política de Oncologia e a alocação de recursos nos anos de 2016 a 2021, abordando os rebatimentos da disputa do fundo público no cuidado do câncer no Brasil. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva em que foram utilizados o levantamento documental a partir de legislações e sites do Ministério da Saúde e o levantamento bibliográfico. Também foi realizada coleta de dados no DATASUS, no período de 2016 a 2021, para identificar a alocação de recursos da Política de Oncologia. **Considerações Finais:**

ABSTRACT

Cancer is already one of the main causes of death and illness in the world. In Brazil, in the triennium 2023-2025, more than 700 thousand cases are estimated per year. In this sense, it is extremely important to understand how the Oncology Policy is structured in Brazil, your financing and the conflicts and contradictions that exist in the dispute for resources in the field of social policies. **Objective:** This research intended to systematize the financing of the Oncology Policy and the allocation of resources in the years 2016 to 2021, addressing the repercussions of the public fund dispute in cancer care in Brazil. **Methodology:** This is a descriptive research in which a documentary survey based on legislation and websites of the Ministry of Health and a bibliographical survey were used. Data were also collected at DATASUS, from 2016 to 2021, to identify the allocation of resources in the Oncology Policy. **Conclusion:**

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Quantidade de casos de Câncer por Região do Brasil.....**Error! Indicador Não Definido .**

Gráfico 2 - Casos de câncer segundo modalidade terapêutica (2016 a 2021).**Error! Indicador Não Definido .**

Gráfico 3 - Percentual de valores pagos segundo modalidade de tratamento. (2016 a 2021).**Error! Indicador Não Definido .**

Gráfico 4 - Gastos com procedimentos em oncologia – Valores aprovados em bilhões. (2016 a 2021).**Error! Indicador Não Definido .**

Gráfico 5 - Financiamento dos exames de mamografia e quantidade de mamografias realizadas. (2016 a 2021)**Error! Indicador Não Definido .**

Gráfico 6 - Quantidade de mamografias realizadas (2016 a 2021).**Error! Indicador Não Definido .**

Gráfico 7 - Quantidade de procedimentos aprovados segundo Esfera Jurídica - Produção ambulatorial.**Error! Indicador Não Definido .**

Gráfico 8 - Quantidade de procedimentos aprovados segundo Esfera Jurídica - Cirurgias em Oncologia.**Error! Indicador Não Definido .**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Classificação dos serviços de Oncologia (Portaria nº 741/05).....	26
--	----

LISTA DE SIGLAS

APAC – Autorização de procedimentos ambulatoriais

CACON – Centros de Alta Complexidade em Oncologia

CF – Constituição Federal

CNCC – Campanha Nacional de Controle do Câncer

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CR – Centro de Referência

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DNDCD – Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas

FAEC – Fundo de ações estratégias e compensação

FMI – Fundo Monetário Internacional

GT – Grupo de Trabalho

IARC – Centro Internacional para Pesquisa do Câncer

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INCA – Instituto Nacional de Câncer

SNC – Serviço Nacional de Câncer

MAC – Bloco de Média e Alta Complexidade

NOB – Normas Operacionais Básicas

OMS – Organização Mundial de Saúde

UNACON – Unidades de Alta Complexidade em Oncologia

PCC – Programa de Controle do Câncer

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento

PNCC – Plano Nacional de Controle do Câncer

PRÓ-ONCO – Programa de Oncologia

SISCOLO – Sistemas de Informação do Controle do Câncer do Colo do Útero

SISMAMA – Sistema de Informação do Câncer de Mama

SISCAN – Sistema de Informação do Câncer

SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde

SIH/SUS – Sistema Hospitalar do Sistema Único de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. Introdução	12
2. Atenção Oncológica no Brasil: de indesejáveis à sujeitos de direitos na saúde.....	15
2.1 Séc XX à 1988: O marco Constitucional	15
2.2 Da Constituição Federal de 1988 aos dias atuais – Breve trajetória das políticas de oncologia	22
3. Crise do Capital, a contrarreforma e os rebatimos no fundo público e na saúde	27
4. Limites e possibilidades no cuidado do câncer no Brasil: um estudo sobre as políticas de saúde em Oncologia na contemporaneidade	36
4.1 Incidência do Câncer no Brasil	36
4.2 Financiamento da Oncologia no SUS e os desafios postos na atualidade	38
5. Considerações Finais	46

1. Introdução

Este trabalho pretende abordar o papel do fundo público no cenário de contrarreforma do Estado Brasileiro, e suas reatamentos no cuidado do câncer no Brasil. Para tanto, foi realizado uma pesquisa documental e bibliografia para sistematizar como está organizada a rede de atenção oncológica no Brasil e os impactos da captura do fundo público na política de saúde.

Segundo Salvador (2021), entende-se como fundo público a capacidade que o estado tem de captar recursos através dos tributos e distribuí-los por meio de políticas públicas, sejam elas econômicas ou sociais. Dessa maneira, o fundo público é determinante para a acumulação do capital e a reprodução do modo produção capitalista, pois, segundo Oliveira (1998), ao mesmo tempo em que pode ser utilizado para financiar a acumulação do capital, também pode ser utilizado para a manutenção da força de trabalho através de políticas sociais em bens e serviços de uso coletivo.

No contexto atual brasileiro, vem ocorrendo desde o ano de 1993 inúmeros ajustes fiscais de maneira a retirar recursos que eram exclusivos da seguridade social para utilização em outros fins, como para pagamentos de juros, encargos e amortização da dívida pública.

Recentemente, a grande perda em relação a destinação de recursos às políticas sociais foi a aprovação na Emenda Constituição 95 que congelou as despesas primárias do governo por 20 anos (exceto aquelas relacionadas ao pagamento da dívida pública), limitando seu aumento à correção da inflação anual. Outra medida que impactou negativamente os recursos públicos destinados a Seguridade Social foi a aprovação da Desvinculação de recursos da União (DRU) que amplia para 30% o percentual das receitas dos tributos de impostos que podem ser remanejados para outros fins que não o da Seguridade Social. (Salvador, 2020)

Ao contrário do que ocorreu nos anos de ouro, também chamado de Estado de Bem-estar social ou Welfare States, a política social no capitalismo contemporâneo é levada a novos rumos, sob a óptica da financeirização (SILVA, 2012). Desta maneira, busca-se cada

vez mais o investimento de capital privado em políticas públicas, desencadeando processos de privatização direta e indireta nas áreas sociais, como educação e saúde.

A análise realizada por Salvador (2020) mostra que as políticas sociais vêm apresentando enxugamento dos seus recursos nos mais diversos setores. Em relação a política de saúde, Bravo e Matos (2001) discorrem que esta vive em disputa por dois projetos antagônicos: O Projeto da Reforma Sanitária em defesa de um Sistema Único de Saúde de caráter público e universal; e o Projeto Privatista baseado em ideais neoliberais que beneficiam o âmbito privado, gerando cada vez mais a desresponsabilização do Estado perante as políticas sociais.

A promulgação da constituição Federal de 1988 foi um importante marco da política de Saúde do Brasil ao garantir a saúde como dever do Estado e direito de todos os cidadãos (BRASIL, 1988).

Apesar dos esforços da Reforma Sanitária na década de 80, o interesse do setor privado na manutenção dos serviços públicos de saúde foi garantido no art.199 da Constituição federal de 1988, podendo “participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência entidades filantrópicas e sem fins lucrativos” (BRASIL, 1988) Atualmente, dentro do cenário da política de oncologia é possível observar a presença de mais de 60% de entidades filantrópicas e empresas privadas na oferta de serviços disponibilizados pelo SUS para o tratamento de câncer.

Ao se falar sobre câncer e os cofres públicos, o debate é quase sempre controverso visto que o câncer é a doença mais cara para se tratar, e ocupa o segundo lugar nos gastos com saúde, atrás apenas da Nefrologia (SANTOS, 2020).

Estimativas no INCA para o Triênio 2023-2025 apontam pelo menos a ocorrência de 704 mil novos casos de câncer no país (INCA, 2022), apresentando um cenário de adoecimento crônico que necessitará de Políticas Públicas eficazes para atender a população. Segundo o Instituto,

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo e já está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países. A incidência e a mortalidade por câncer vêm aumentando no mundo, em parte pelo envelhecimento, pelo crescimento populacional, como também pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer, especialmente aos associados ao desenvolvimento socioeconômico. (INCA, 2020)

Dados obtidos no DATASUS (2022) apontaram que os investimentos públicos em saúde na área de oncologia saltaram de 600 milhões em 2008 para R\$3 bilhões em 2017, números que ainda sim não são suficientes para atender toda a demanda populacional. O relatório emitido pelo Tribunal de Contas da União (2020) mostrou que o tempo médio para diagnóstico de câncer no Brasil é de 270 dias, apesar da Lei nº 12.732/12, que começou a vigorar em maio de 2013, garantir ao paciente com câncer o direito de iniciar o tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) em, no máximo, 60 dias após o diagnóstico da doença. Os dados são preocupantes e apontam que 55,5% dos brasileiros atendidos pela rede pública começaram a lutar contra a enfermidade nos estágios mais graves (podendo chegar a 80% em alguns tipos de câncer).

A partir do exposto esse trabalho objetivou sistematizar o financiamento da Política de Oncologia e a alocação de recursos nos anos de 2016 a 2021, abordando os rebatimentos da disputa do fundo público no cuidado do câncer no Brasil.

No primeiro capítulo foi realizado um resgate histórico da Atenção Oncológica no Brasil, desde meados do século XX até a construção de uma Política de Oncologia estruturada após a Constituição Federal de 1988, a partir da revisão bibliográfica com os principais autores que dissertam sobre a temática.

No segundo capítulo, buscou-se aprofundar o debate a respeito da Crise do capital, a contrarreforma e os rebatimentos no fundo Público e na saúde, a partir da revisão bibliográfica com autores do Serviço Social, tendo em vista a formação profissional da autora.

No terceiro capítulo foi realizado um breve panorama sobre a incidência do câncer do Brasil e um estudo sobre o financiamento e a distribuição de recursos no âmbito da oncologia. No primeiro momento, utilizou-se de pesquisa documental em sites do Ministério da Saúde, INCA e legislações e posteriormente foi realizada coleta de dados relacionados à

oncologia, no site do Ministério da Saúde (DATASUS) nos anos de 2016 a 2021. Os dados quantitativos coletados foram agrupados em planilhas do Microsoft Excel 2016 e apresentados por meio de gráficos.

Por fim, cabe ressaltar que este trabalho foi construído a partir da perspectiva do Método Dialético, por sua concepção ontológica da realidade social, oferecendo subsídios para a construção de uma reflexão crítica acerca do objeto do trabalho.

2. Capítulo 1 – Atenção Oncológica no Brasil: de indesejáveis à sujeito de direitos na saúde.

2.1 Séc XX à 1988: o marco constitucional.

Os primeiros esforços para o tratamento do câncer no Brasil começaram a surgir somente no século XX, principalmente a partir dos anos 20, após algumas iniciativas de organização da saúde pública como respostas a reivindicações do movimento operário.

O adoecimento por câncer já apresentava números expressivos nas estatísticas de mortalidade elaboradas pelos Serviços Sanitários desde o século anterior, mas foi somente em 1920 com o Decreto nº14.354, proposto por Carlos Chagas¹ que foi um importante médico sanitarista da época, que o câncer aparece pela primeira vez enquanto uma questão de saúde a ser intermediada pelo estado. Neste período histórico, a atenção ao Câncer estava atrelada ainda a uma perspectiva higienizadora e individualizante de adoecimento.

O Decreto tinha o objetivo de regulamentar o Departamento Nacional de Saúde Pública e ampliar o atendimento público à saúde, também instituiu a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas que era responsável pela execução das disposições regulamentares relativas ao câncer e da realização de campanhas de educação higiênicas contra tais doenças, inclusive sendo facultado a realização de medidas sanitárias nos domicílios em que ocorrerem óbitos por câncer. Destacou ainda a necessidade do preenchimento de óbitos por câncer nos formulários distribuídos pelas delegacias de saúde (BRASIL, 1920).

¹ Carlos Chagas (1878-1934) foi um importante médico sanitarista da época que contribuiu, dentre outras coisas, com a descoberta de uma nova Doença tropical que ficou denominada como Doença de Chagas. (MASSARANI, L.; KROPF, S. 2009)

Tal documento fortaleceu a perspectiva preconceituosa da época, sobretudo ao tratar como indesejáveis os imigrantes “atacados de lepra, tuberculose, trachoma, elephantíase e os cancerosos” (BRASIL, 1920). Nesse contexto, haviam muitas discussões sobre a possibilidade de contágio do câncer e muitos pesquisadores associavam o contágio do câncer à lepra. (TEIXEIRA, 2007)

Apesar dos esforços para a construção de uma Instituição pública de tratamento de câncer no Rio de Janeiro em 1922, que seria construída pelo Governo Federal a partir da iniciativa do diretor da Inspetoria da Lepra, Doenças Venéreas e Câncer do DNSP, Eduardo Rabello em parceria com o industrial Guilherme Guinle, no qual propusera a financiar a instituição e seus primeiros equipamentos em homenagem a Oswaldo Cruz², a parceria não logrou êxito. As primeiras instituições voltadas para o câncer surgiram a partir de iniciativas do âmbito privado e filantrópico, sendo as principais instituições ao longo do século que prestavam estes serviços de saúde, como as Casas de Misericórdia e outras instituições ligadas à igreja Católica.

Na década de 20, começava a ser idealizado o que viria a se tornar o primeiro hospital especializado para tratamento de câncer do Estado de São Paulo, o Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho. O hospital, inaugurado em 1929, possuía caráter público e foi construído a partir de doações da população, de grandes empresas e da Câmara Municipal de São Paulo. Funcionou nos primeiros anos em um terreno cedido pela Santa Casa de Misericórdia, onde eram atendidos pacientes com câncer e também pacientes acometidos por outras doenças, como contrapartida à Santa Casa. (MESSORA, 2020)

Em 1922, surgiu em Belo Horizonte – Minas Gerais, a primeira instituição do Brasil voltada unicamente para as pesquisas radiológicas e tratamento do câncer. O Instituto Radium, idealizado pelo médico Eduardo Borges da Costa, apesar de ter sido registrado como uma fundação autônoma sem vínculos administrativos com o governo, foi construído com o apoio do governo Federal e Estadual, que financiaram também a compra do aparelho de radiologia com a contrapartida de que metade das enfermarias seriam destinadas ao atendimento da população mais pobre.

² Oswaldo Cruz (1872-1917) foi um cientista e médico brasileiro que se dedicou a pesquisar e empreender campanhas sanitárias de combate as principais doenças da época, como a febre Amarela e varíola. (FIOCRUZ, 2017).

Em 1937, conquistou-se os primeiros investimentos públicos legalmente instituídos para o tratamento do câncer do país. Neste ano, Getúlio Vargas assinava o Decreto-lei nº 378, que instituiu o Centro de Cancerologia no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, se tornando posteriormente o Instituto Nacional de Câncer, inaugurado no ano seguinte.

No ano de 1941, o Centro de Cancerologia tornou-se o Serviço Nacional de Câncer (SNC) a partir do Decreto Lei nº 3.643 com o objetivo de organizar, orientar e controlar a campanha de câncer em todo o país. A partir do SNC (1941) ocorreu a expansão de clínicas de tratamento de câncer em diversos estados brasileiros e a realização de campanhas nacionais de educação sanitária que tratavam sobre a importância do diagnóstico precoce para o combate ao câncer

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, trouxe um conceito ampliado de saúde no qual “a saúde é definida não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social.” (OMS, 1946). A partir desse novo conceito, o SNC passaria a utilizar estratégias de combate ao câncer que envolvesse o acesso da população à informação para a prevenção de doenças crônico degenerativas.

Com a política desenvolvimentista de Getúlio Vargas, em 1950, incrementou-se a modernização dos cuidados médico-sanitários e o uso de medicamentos e equipamentos hospitalares na área da saúde. A mudança no foco do tratamento à prevenção também fez com que a política de câncer ganhasse visibilidade entre a população, fazendo com que fossem alocados os recursos para a expansão de estratégias de combate ao câncer.

Nessa mesma década é criado o Ministério da Saúde (1953) a partir do Decreto-Lei nº1.920/53, sendo desmembrado o Ministério da Saúde e Educação. Neste novo ministério foi mantida a estrutura do Departamento Nacional de Saúde onde estava estruturado o Serviço Nacional de Câncer.

Com a eleição de Juscelino Kubitschek em 1956, sua esposa e Primeira-dama Sara Kubitschek instituiu a Fundação das Pioneiras Sociais (Decreto nº 39.865/1956). Suas principais ações eram voltadas à assistência médica da população e educação e a partir de 1957, a Fundação contou com uma unidade ambulatorial voltada para a detecção precoce

do câncer ginecológico e da mama, momento em que podemos observar as primeiras preocupações com a promoção do Câncer.

Na década de 1960, período do regime ditatorial militar, houve o fortalecimento da industrialização no país e favoreceu-se o crescimento de empresas privadas na área da saúde que viam na privatização dos serviços a solução para a saúde pública no país. Em contrapartida, para aumentar o poder de regulação sobre a sociedade e suavizar as tensões sociais, o Estado ampliou a política de assistência social de maneira burocratizada e modernizada no chamado binômio “assistência-repressão” (BRAVO, 2006)

Nesse contexto, no âmbito da oncologia, observava-se a presença de um modelo hospitalocêntrico sob forte presença do setor privado no atendimento das demandas, visto que este passou a receber cada vez mais investimentos desde a década de 40, (MORAES, 2015) tornando a atenção à saúde em sinônimo de assistência hospitalar e evidenciando a concepção médico-curativa e de redução do processo saúde-doença à fatores biológicos com foco quase exclusivo sobre a doença e o indivíduo” (MORAES, 2015. Pag. 26)

Com o objetivo de se instituir uma política unificada em todo o país, no ano de 1965, ocorreram reuniões com representantes do governo e instituições públicas e privadas vinculadas ao combate ao câncer para discussão acerca do combate ao Câncer. Tais encontros culminaram na publicação do Decreto nº 61.968 de dezembro de 1967 que instituiu a Campanha Nacional de Combate ao Câncer.

A Campanha teve como objetivo coordenar as atividades público e privadas de prevenção, diagnóstico, assistência médica, formação técnica de especialistas, ação social e de recuperação em todo o território nacional. Através de seu programa anual de trabalho, recursos foram destinados a entidades públicas e privadas para realização dos serviços.

Apesar dos esforços para realização de uma campanha de combate ao câncer de abrangência nacional, ampliava-se o conceito de medicina liberal através de uma concepção mecanicista e individualista do processo saúde-doença no qual o foco da atenção era dado a doença e ao indivíduo desconsiderando os fatores sociais. Este modelo reorganizou os processos de trabalho em saúde e também a destinação dos recursos públicos e do financiamento, que passaram a privilegiar a assistência médico-curativa em prol de um

modelo público de saúde pautado em intervenções que abrangessem toda a coletividade através de ações de prevenção e controle de endemias no território nacional.

No cenário de fortalecimento do setor privado, a Campanha Nacional do Câncer perdera força e recursos. Em 1969, o INCA foi desligado do Ministério da Saúde passando a ser vinculado ao Ministério da Educação, e somente em 1971 foi incorporado novamente a partir da Lei nº 5.73. No ano seguinte, por meio do decreto nº 66.623/72, extingue-se o SNC transformando-o em Divisão Nacional de Câncer, de caráter técnico-normativo, vinculado à Secretaria de Assistência Médica.

Na década de 70, o crescimento econômico propagado pelo governo militar não atingiu grande parcela da população. A política adotada de compressão dos salários e aumento da margem de lucros das corporações não beneficiavam a classe trabalhadora, principalmente aqueles que não estavam inseridos formalmente no mercado de trabalho.

Preocupados com a possibilidade de uma instabilidade social e a fim de apaziguar as pressões populares, o Governo Federal aprovou a implementação do II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979) que acrescentou à agenda desenvolvimentista da época, as políticas de cunho social, como saúde, educação, habitação e transporte.

Incorporado posteriormente ao II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), surgia em 1970 o Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC) subordinado a Divisão Nacional do Câncer. O programa tinha como objetivo coordenar as ações referentes ao câncer em território nacional por meio do mapeamento dos equipamentos disponíveis afim do ordenamento das ações para a garantia de seu bom funcionamento.

Também foi possível a partir da sua inclusão ao II PND, ampliar a cobertura de saúde para a população que não estava coberta pela previdência, abrangendo quase a totalidade da população urbana. (OLIVEIRA, 1986) Apesar do esforço para o desenvolvimento de estratégias, a baixa fiscalização fez com que a maioria dos recursos não fossem destinados a ações públicas.

Em 1975, somou-se ao PNCC o Programa de Controle do Câncer (PCC), vinculado ao Ministério da Previdência. O Programa que vigorou até a década de 80 e tinha como justificativa a situação alarmante do câncer no país, propondo a universalização dos serviços

relativos ao câncer e a instituição de comissões em âmbito local e região com vistas a integração das ações realizadas. (TEIXEIRA, 2007).

Dois anos após a criação do programa, a Divisão Nacional de Câncer transformou-se em Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDCD), pertencente ao Ministério da Saúde. A DNDCD funcionou sem recursos próprios, o que impactava diretamente o Instituto Nacional do Câncer, que já passava por dificuldades financeiras.

A despeito da criação de modelos estratégicos de combate ao câncer na década de 70, que evidenciaram a relevância do câncer na agenda, é importante ressaltar que a descontinuidade dos programas e a escassez de recursos financeiros fizeram com que o controle do câncer não atendesse de fato às necessidades da população, caminhando em passos lentos em direção à uma perspectiva de saúde coletiva.

Destacamos então, na década de 70, a Declaração de Alma-Ata, na qual o Brasil foi participante. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e realizada em 1978 na República do Cazaquistão, expressava a “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo” (BRASIL, 2002). A conferência teve como produto uma declaração que tinha como norte a Atenção Primária à Saúde, estabelecendo a promoção de saúde de caráter universal como uma das prioridades.

Nesse sentido, a VII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1978, atuou como importante espaço de fortalecimento do sistema público de saúde no Brasil, tendo como eixo central a discussão “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”, em consonância com as pautas que haviam sido levantadas em Alma-Ata. (BRAVO, 2000)

Com a retomada gradual das instâncias democráticas na década de 80, a área da saúde pública caminhava para o fortalecimento de fóruns e instâncias de debate coletivas, a partir do fortalecimento dos ideais propostos pela Reforma Sanitária³, que vinham sendo construídos desde meados da década de 70. Nessa conjuntura, novos atores sociais surgem

3 Amplo movimento de debate a respeito das condições de vida da população brasileira e acesso à saúde, que ocorreu no seio da sociedade civil principalmente a partir da década de 70, e tinha como principais propostas a universalização da saúde na perspectiva de um direito do cidadão e dever do Estado. (BRAVO, 2009, p.8)

para discutir a política de Saúde, que estava cada vez mais atrelada ao conceito de democracia, ocasionando um amplo debate nacional. (MOTA, 2006)

No cenário público, o INCA iniciava a década vendo a diminuição de seus recursos financeiros tendo em vista o término do II PCC, no qual não foram mais destinados recursos para à DNDCD por não ter sido incluída III Plano Nacional de Desenvolvimento (1980). Nesse contexto, a solução proposta pelo Governo Federal foi um sistema de gestão compartilhada entre os Ministérios da Saúde e da Assistência e Previdência Social.

Em 1987, no âmbito do Governo Federal, foi criado o Programa de Oncologia (Pro-Onco), a partir da cooperação entre Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Ministério da Saúde e tinha como objetivo implantar ações de prevenção, diagnóstico e controle do câncer.

Com o fim do período militar, o tema da democratização da saúde foi inserido na agenda política a partir da mobilização dos movimentos sociais. Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada como um marco para a saúde pública no Brasil ao lançar diretrizes para a construção de um sistema descentralizado e único, em que a saúde é vista como dever do Estado e direito de todos os cidadãos, diretrizes estas que foram posteriormente incorporadas, dois anos após, na Constituição Brasileira de 1988 (BRAVO, 2000).

A promulgação da nova constituinte representou um avanço em relação aos direitos sociais, ficando assegurado a todo cidadão brasileiro que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 1988). A nova Carta trouxe avanços ao incorporar a maioria das pautas elencadas pelo movimento sanitário, buscando corrigir as injustiças sociais produzidas ao longo da história.

Apesar dos avanços, Bravo (2004) evidencia a polarização dos discursos presentes no processo de elaboração da constituinte: de um lado as indústrias farmacêuticas e hospitalares em defesa da privatização dos serviços de saúde, e de outro a Plenária Nacional da Saúde que defendia os ideais da Reforma Sanitária e obteve êxito por sua capacidade de mobilização da sociedade civil e pressão aos constituintes, além da realização de emenda popular com a assinatura de mais de cinquenta mil eleitores. (BRAVO, 2004, p. 7)

A partir do exposto, é possível identificar que a construção da política de combate ao câncer no Brasil se esbarrou ao longo da história com o projeto privatista de saúde, que principalmente a partir da década de 50 se expandiu e requisitou cada vez mais espaço e financiamento aos cofres públicos. Nesse sentido, destaca-se a importância do movimento sanitário para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) na luta por uma saúde pública e universal para todos.

2.2 Da Constituição Federal de 1988 aos dias atuais - breve trajetória das políticas de oncologia.

A Carta Magna de 1988 inovou ao trazer o conceito de Seguridade Social no qual “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988), sendo financiada por toda a sociedade mediante recursos provenientes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Ao garantir o acesso universal à saúde, a Constituição Federal representa a ruptura com a lógica excludente e mercadológica na qual foi instituída a trajetória da política de saúde no Brasil, sobretudo por trazer no seu texto, as diretrizes que organizam um sistema de saúde descentralizado e que garanta o atendimento integral com foco nas atividades primárias e participação da população. (BRASIL, 1988)

A partir da promulgação da Constituição, diversas políticas públicas e programas de controle do Câncer foram implementados em âmbito nacional, ocasionando a ampliação significativa de estabelecimentos públicos destinados ao tratamento. Silva et al (2017) no estudo sobre a política de atenção ao câncer no Brasil no período pós-SUS (1990-2017) identificou em sua pesquisa 76 legislações que se referem a “regras estruturantes” da política; 14 normativas referindo a categoria “Habilitações e credenciamento”; e 50 normativas analisadas na categoria “financiamento”, o que demonstra a expansão da política de atenção ao câncer ao longo dos anos e seu lugar de destaque na agenda política nacional.

Devido à grande quantidade de normativas e legislações, caberá nesse tópico elencar somente as principais legislações referentes à política de atenção ao Câncer no período posterior a década de 90.

Acerca da organização do SUS, coube a Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 1990 regular as ações e serviços de saúde. Em relação ao câncer, em seu artigo 41, tornou o INCA como órgão de referência para a “prestação de serviços; formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia” (BRASIL, 1990)

Em 1990, com a Lei orgânica da saúde (Lei nº8080/90) em vigor, o Ministério da Saúde passa por reformulações, sendo desativada a Campanha Nacional de Controle do Câncer (CCNN) e passando ao INCA novas atribuições, como o Pró-Onco que passou a ser denominado de Coordenação de Programas de Controle de Câncer, de alcance nacional. O Programa foi a primeira iniciativa de saúde pública pós CF de 88 em relação ao câncer, e buscou integrar ações entre as esferas municipais, estaduais e federais.

O Instituto passou também a coordenar o Programa Nacional de Combate ao Fumo que logrou êxito a longo prazo na construção de uma política antitabagista no país (TEIXEIRA, 2007). Coordenou ainda campanhas educativas contra o câncer de mama e próstata desenvolvidas pelos Estados.

Com o intuito de definir o financiamento do SUS em relação a definição de custos e responsabilidades financeiras de cada ente federativo, como também suas atribuições e modalidades de serviços ofertadas, duas Normas Operacionais Básicas (NOB) foram adotadas: A NOB 93 (1993) definiu parâmetros para as atividades de saúde que seriam ofertadas pelos estados e municípios e a NOB 96 (1996) propôs um novo modelo de atenção à saúde, em que destacou-se a atenção integral abarcando o conjunto ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Em 1993, foi regulamentada a Alta complexidade do câncer no país, através da Portaria nº 170/93 que classificou as unidades de tratamento oncológico em: Centro de referência (CR) I, que atenderiam a pacientes com qualquer tipo de neoplasia; e CR II para o tratamento dos principais tipos de neoplasias. Também ocorreu no mesmo ano a normatização dos centros de radioterapia e de Quimioterapia, que deveriam estar vinculados a um centro de referência (BRASIL, 1993).

Objetivando estruturar ações voltadas para a prevenção e diagnóstico precoce da doença, o Ministério da saúde em conjunto com o INCA instaurou em 1996 o Programa Viva Mulher – Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero, que tinha como objetivo

reduzir a incidência e mortalidade pela doença através da realização de uma campanha nacional de rastreamento do câncer cervical (TEIXEIRA, 2012). O Programa visava a ampliação de acesso ao exame citopatológico entre mulheres de 35 a 49 anos, garantindo a realização de tratamento em 100% dos casos identificados.

O programa teve suma importância na ampliação de políticas para o controle do câncer no Brasil. Além da ampliação dos exames citopatológicos, o programa possibilitou a capacitação de profissionais da saúde, a padronização de procedimentos e da faixa etária para a coleta e periodicidade e o início da implementação do Sistema de informação do controle do Colo do útero (SISCOLO) em 1998 e uma década depois, o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA). Como parte da campanha nacional de ampliação dos exames, é lançado em 1999 o Programa Nacional de Combate ao colo uterino (INCA, 2005).

Em 1997, através do Programa Pro-Onco, o país possuía 11 Registros de Câncer de base populacional instalados, em que eram analisados os dados coletados e gerado estatísticas sobre a incidência de Câncer nas seguintes regiões: São Paulo, Recife, Fortaleza, Salvador, Campinas, Goiânia, Belém, Curitiba e Porto Alegre, Natal, Rio de Janeiro. “[...] Com isso, gradativamente constituía-se uma rede de comunicação e sistematização de informações para subsidiar as políticas tanto no âmbito nacional como regional. ” (Teixeira, et al. 2007. Pag. 150)

Visando garantir o atendimento integral dos usuários, em 1998 foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.535 que estabeleceu uma rede hierarquizada de atendimento, com definição de fluxos e referências e também com o estabelecimento de critérios para cadastramento dos centros em oncologia. Para Teixeira (2012), essa portaria representou um avanço ao ampliar a cobertura dos serviços considerando as estimativas de base populacional (um centro de alta complexidade para 550.000 habitantes), diferentemente do que era praticado via oferta espontânea por parte dos prestadores.

A portaria delimitou que a assistência ao paciente deveria abranger sete modalidades integradas, sendo elas: diagnóstico, através de serviços médicos ambulatoriais e hospitalares para pacientes com fortes suspeitas de câncer; cirurgia oncológica; oncologia clínica para acompanhamento e avaliação dos pacientes; radioterapia; medidas de suporte

compreendendo o conjunto de ações destinadas ao apoio às condições físicas, psicológicas e sociais dos pacientes em tratamento; reabilitação e Cuidados paliativos, incluindo assistência ambulatorial, hospitalar e domiciliar por equipe multiprofissional (BRASIL, 1998).

Teixeira et al (2012) salientou a importância dos programas e diretrizes desenvolvidas ao longo da década de 90 para a redefinição da preocupação do câncer, que deixou de ser relacionado principalmente a ações na alta complexidade ou através de campanhas pontuais que não abrangiam toda a população, para ser uma questão de saúde pública tendo como base estratégias de detecção precoce, prevenção e integração dos serviços em âmbito nacional. Apesar dos avanços, os autores apontam que a escassez de recursos aplicados para a política de câncer e os níveis desiguais de organização de saúde nos diferentes estados foram obstáculos para o controle da doença ao longo da década de 90.

Em 2000, foi aprovado pelo Ministério de Saúde a implementação do Projeto de Expansão da Assistência Oncológica no país, cujo objetivo era de implantar vinte Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), aumentando assim, a capacidade instalada da assistência oncológica. O projeto previa a ampliação de serviços de quimioterapia e radioterapia em CACONS que não os tinham, tornando-os centros de alta complexidade completos.

Um salto para a política de oncologia no país se deu em 2005, através da promulgação da Política Nacional de Atenção Oncológica - Portaria GM/MS nº 2.439. Os principais objetivos elencados foram: (1) desenvolvimento de estratégias para identificação dos determinantes e condicionantes das neoplasias malignas afim de promover a qualidade de vida e da saúde da sociedade; (2) organizar linhas de cuidado que envolvam todos os níveis de atenção e de atendimento; (3) constituir redes de atenção oncológica organizadas em níveis hierarquizados, afim de garantir o acesso e o atendimento integral e (4) ampliar a cobertura de atendimento garantindo a universalidade, integralidade, o controle social, a equidade e o acesso a atenção oncológica (BRASIL, 2005).

No mesmo ano, foram estabelecidos os parâmetros para o planejamento e avaliação da rede assistencial na alta complexidade, por meio da Portaria SAS/MS nº 741/05, em que os requisitos técnicos estruturais mínimos para inscrição de serviços de saúde oncológicos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foram estabelecidos. A portaria

alterou os critérios para o cálculo de cobertura assistencial, deixando de ser por base populacional e passando a utilizar as estimativas anuais de câncer. Também classificou as unidades de atendimento de oncologia em três serviços distintos, conforme quadro abaixo.

Figura 1: Classificação dos serviços de Oncologia (Portaria nº 741/05).

UNACON	CACON	CACON de Referência
Unidades de Alta Complexidade em Oncologia: hospital com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil (colo do útero, mama, próstata, estômago, cólon e reto).	Centros de Alta Complexidade em Oncologia: hospital com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer.	CACONs com a responsabilidade de prestar assessoria técnica ao gestor local do SUS, com relação às políticas de Atenção Oncológica.

Fonte: Teixeira et al (2007).

Nos anos subsequentes surgem novas portarias como a 361/2007 (complementada pela SAS 146/2008) e 102/2012. Em 2014 são revogadas as portarias SAS/MS 741/2005 e 102/2012 pela SAS/MS 140/2014 que atualizou os critérios, parâmetros e estabelecimentos habilitados em oncologia e os serviços isolados de radioterapia autorizados para o atendimento no SUS. Em 2019 foi revogada a portaria SAS/MS 140/2014 por meio da SAES/MS 1.399, que redefiniu os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.

Outras portarias tiveram relevância para a construção de uma política oncológica ao longo das duas últimas décadas, como o Pacto pela Saúde (Portaria nº399 de 2006) em que o Controle do câncer de colo de útero e de mama é apresentado como uma das prioridades tendo como objetivos a ampliação da cobertura do exame preventivo para 80% e ampliação para 60% da cobertura do exame de mamografia (BRASIL, 2006).

Considerando a relevância epidemiológica do câncer de colo de útero, em 2010 institui-se um grupo de trabalho (GT) para avaliar a Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero. As conclusões do GT foram publicadas pelo INCA no Plano de Ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero.

Tal priorização é reafirmada no ano seguinte por meio do Plano Nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. No mesmo ano também foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças

Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) - 2011 a 2022, com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas para a prevenção e controle das DCNT (acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

Neste plano foram propostas metas nacionais para o aumento da cobertura da mamografia e preventivo de colo uterino na população alvo e o tratamento de 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer. (BRASIL, 2011)

Em 2013 foi instituída pela Portaria nº 874/2013, a 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). Ainda em 2013, foi criado o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) por meio da portaria Portaria nº 3.394/2013 (BRASIL, 2013) integrando os Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Câncer de Mama (SISMAMA).

Em 2021, foi publicado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030.

Atualmente, segundo dados do Ministério de Saúde através Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2022), o Brasil conta com 127 Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON. Destes, 111 fornecem serviço de radioterapia; 85 com serviço em hematologia; 30 com serviços em oncologia pediátrica. Também contempla 3 exclusivos de hematologia e 18 exclusivos em pediatria oncológica; 18 CACONS; 25 hospitais gerais com habilitação para cirurgia oncológica e 25 serviços de radioterapia de complexo hospitalar.

3. Capítulo 2 – Crise do capital, a contrarreforma e os rebatimentos no fundo Público e na saúde.

Ao final da segunda guerra mundial, muitos países estavam devastados pelas consequências da guerra, principalmente no que tange à questão social⁴. Após a guerra e a grande crise ocorrida em 1929, a economia estava enfraquecida e o poder de consumo da

4 Segundo IAMAMOTO, a Questão social é definida como sendo o conjunto de expressões das desigualdades da sociedade capitalista em que o cerne ocorre através da expropriação da produção social, fruto do trabalho coletivo, por uma parte da sociedade que a monopoliza. (2003, p. 27)

população havia diminuído. Nesse cenário, surge a necessidade de ampliar a atuação do Estado para atuar através do investimento em políticas públicas e no pleno emprego.

Esse período ficou conhecido como Estado de Bem-Estar Social e se caracterizou por um período de forte crescimento da economia nos países desenvolvidos, baseada no modelo de produção fordista-keynesianista, na qual valorizada a produção e o consumo em massa. Para financiar a atuação estatal por meio das políticas sociais, foi necessário a constituição do Fundo Público, elemento primordial para criação e manutenção do Estado de Bem-Estar Social. O fundo público vai ter um papel muito importante para manutenção do pleno emprego, das políticas sociais e também da reprodução do capital. Conforme Salvador (2012):

No capitalismo contemporâneo o fundo público exerce uma função ativa nas políticas macroeconômicas sendo essencial tanto na esfera da acumulação produtiva quanto no âmbito das políticas sociais. O fundo público tem papel relevante para a manutenção do capitalismo na esfera econômica e na garantia do contrato social. O alargamento das políticas sociais garante a expansão do mercado de consumo. Ao mesmo tempo, em que os recursos públicos são financiadores de políticas anticíclicas nos períodos de refração da atividade econômica. (SALVADOR, 2012, p.2).

O Estado por meio do fundo público vai mobilizar recursos e intervir nos processos de produção e reprodução da força de trabalho. Segundo Salvador (2012), uma das principais formas de constituição do fundo público é por meio da extração de recursos da sociedade por meio de impostos, contribuições e taxas, da mais-valia socialmente produzida.

Como elemento estruturante do capitalismo contemporâneo, o Fundo Público vai financiar políticas sociais para manutenção da força de trabalho, bem como da ordem do capital, demonstrando sua face real e contraditória. Segundo Behring (2004):

A produção e a realização do valor vão requisitar que o Estado se aproprie de parcela bastante significativa da mais-valia socialmente produzida para assegurar as condições gerais de produção e reprodução; dentro desse processo comparece o desenvolvimento de políticas sociais como lugar relevante de alocação do fundo público, a depender, claro, da correlação de forças políticas e de elementos culturais em cada formação nacional. (BEHRING, 2004, p. 164)

O fundo público vai permitir investimentos na manutenção de políticas sociais para a classe trabalhadora na forma de aposentadorias, na cobertura do desemprego e na implementação de serviços públicos como educação, saúde e transporte. Para além da manutenção de políticas sociais e públicas, o fundo público servirá também para a reprodução do capital. Conforme Salvador (2012):

i. Como fonte importante para a realização do investimento capitalista. No capitalismo contemporâneo, o fundo público comparece por meio de subsídios, de desonerações tributárias, por incentivos fiscais, por redução da base tributária da renda do capital como base de financiamento integral ou parcial dos meios de produção, que viabilizam a reprodução do capital. ii. Como fonte que viabiliza a reprodução da força de trabalho, por meio de salários indiretos, reduzindo o custo do capitalista na sua aquisição. iii. Por meio das funções indiretas do Estado, que no capitalismo atual garante vultosos recursos do orçamento para investimentos em meios de transporte e infraestrutura, nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e renúncias fiscais para as empresas. iv. No capitalismo contemporâneo, o fundo público é responsável por uma transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, em especial para as classes dos rentistas. (SALVADOR, 2012, p.3)

Tal modelo (Estado de Bem-estar social) se caracterizou pela ampliação da ação do estado nas políticas sociais, no pleno emprego e no acentuado crescimento econômico na maioria dos países desenvolvidos e começou a dar sinais de esgotamento principalmente a partir de 1973, com a queda das taxas de lucro e a crise da superprodução (MOTA, 2005).

Para Mandel (1990) essa crise é denominada de “crise da superprodução” que gerou rebatimentos em nível mundial, como a diminuição das taxas de lucro, o desemprego, e o endividamento internacional, principalmente nos países subdesenvolvidos. (Mota, 2005). Segundo Mandel (1990),

[...] é uma crise social do conjunto da sociedade burguesa, uma crise das relações de produção capitalistas e de todas as relações sociais burguesas, que se imbrica com a diminuição durável do crescimento econômico capitalista, acentua e agrava os efeitos das flutuações conjunturais da economia, e recebe por sua vez novos estímulos dessas flutuações. (Mandel, 1990, p.13)

Diante da estagnação econômica provocada pela crise do modelo de produção fordista-keynesiana, o capitalismo encontra novas formas de sobrevivência, sobre os moldes de um novo modelo de produção, emergindo novas formas de organização social e econômica, através da reestruturação produtiva e da financeirização do capital. Emerge então o projeto neoliberal, reduzindo o papel do Estado na economia e na geração de emprego e retirando os direitos sociais conquistados pela população nas décadas anteriores.

O novo modelo além de trazer o redirecionamento do papel do Estado ao de forma mínima na regulação da economia e nas políticas sociais, possui uma dimensão política, cultural e social, capturando a subjetividade da classe trabalhadora e possuindo rebatimentos na correlação de forças entre o capital e o trabalho (IAMAMOTO, 2004).

Harvey (2011) intitulou esse novo modelo de “acumulação flexível” por produzirem um amplo processo de flexibilização dos processos de trabalho, dos produtos e do consumo,

causando diversas consequências no mundo do trabalho: altos índices de desemprego, precarização das relações de trabalho, aumento das terceirizações e precarização dos vínculos empregatícios (ANTUNES, 1999).

No contexto de reestruturação produtiva, gerou-se rebatimentos ao fundo público e acirraram-se as contradições existentes, ampliando os conflitos e as disputas de recursos que passam a se direcionar ao mercado financeiro em detrimento do financiamento de políticas sociais e públicas. A conjuntura afetou diretamente a proteção social e as conquistas sociais do Welfare State. A nova fase de acumulação vai ser capitaneada pela esfera financeira, e no campo ideológico, o velho liberalismo se veste com a “nova” roupagem, rebatizado de neoliberalismo (SALVADOR, 2010, p.92).

No contexto brasileiro, a reforma foi conduzida principalmente a partir da década de 90 sob a ótica dos ajustes fiscais após a realização do Consenso de Washington⁵, conduzido pelo Fundo Monetário Internacional, Organização Mundial do Comércio e o Banco Mundial materializou-se esse projeto, subordinando as economias periféricas às necessidades do capitalismo internacional (MOTA, 2009), apontando recomendações para os países da América Latina que influenciaram a forma como foram realizadas as legislações, o financiamento, a fonte de recursos e a natureza das instituições.

Assim, na nova dinâmica do capitalismo contemporâneo, inicia-se a contrarreforma do Estado, denominado por Behring (2003) como o conjunto de medidas neoliberais com vistas a redução dos direitos sociais já conquistados. Essas medidas de austeridade além de desregulamentar e precarizar as relações de trabalho, vão conduzir as políticas de Seguridade Social por meio de ajustes fiscais e pelo desfinanciamento, precarizando as políticas públicas e sociais e capturando os recursos do fundo público para atender as necessidades do capital. Conforme Behring (2008) :

(...), a perda ou restrição de direitos, com implicações vitais para a população brasileira, está associada à macroeconomia do Plano Real, que impõe uma lógica de gestão de recursos segundo a qual eles são restritos para os investimentos do Estado e generosos para o pagamento dos encargos financeiros da União, o que veio atingindo em cheio a área social ao longo da década, especialmente nos governos Cardoso. Para assegurar seguidos superávits primários e cumprir os acordos com o FMI (Inesc, 2001 e 2002), há uma penalização generalizada da

5 Reunião ocorrida nos Estados Unidos em 1989 entre representantes do Governos dos Estados Unidos e organismos financeiros mundiais – FMI, Banco Mundial e BID, em que foram realizadas recomendações visando o desenvolvimento e ampliação do neoliberalismo na América Latina (BATISTA, 1994).

seguridade social, que poderia realizar uma cobertura muito mais ampla e, aí sim, verdadeiramente solidária, caso esse imenso volume de recursos não fosse canalizado para a ciranda financeira internacional. (BEHRING, 2008, p 271).

Nesses moldes, o Plano Diretor da Reforma do Estado (1995), elaborado por Bresser-Pereira (Ministro da Administração) considerava como fundamental a realização de reformas econômicas orientadas para o mercado através um ajustes fiscais que possibilitassem o *superavit* primário, acarretando a diminuição dos gastos sociais para a formação de receita para o pagamento dos juros e da dívida externa ao Fundo Monetário Internacional (FMI), o que acarretaria o aumento da pobreza e da desigualdade social (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Ainda em relação ao plano, de acordo com Mota (2009), o mesmo tratava sobre a necessidade da superação de uma administração pública burocrática “a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade.” (MOTA, 2009, pag. 13). Transferindo então para o âmbito privado suas responsabilidades perante as políticas sociais.

O relatório emitido pelo Banco Mundial (OMS, 2000) “Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud” emitido em conjunto com a Organização Mundial de Saúde (OMS) teceu recomendações para melhorar os sistemas de saúde dos países a partir de uma ideia denominada “novo universalismo” cujo argumento central seria de que os recursos são e continuaram escassos cabendo aos Estados redefinirem seu papel de atuação na saúde através da ampliação do capital privado na saúde e dos seguros privados (LIMA, 2015).

Nessa linha de argumentação, o relatório aponta como possibilidade a oferta de uma atenção essencial e prioritária para todos, em detrimento de um modelo de atenção à saúde oferecida em todos os níveis de complexidade. Isso significa a seleção explícita de serviços a serem ofertados pelo poder público através de

“Um conjunto definido de intervenções que venha a beneficiar de preferência os pobres e, se aplicadas integralmente a toda a população, garante mais facilmente que a maioria dos pobres se beneficiem, [...] pois os serviços de atenção à saúde prestados pelo governo, apesar de em geral serem destinados aos pobres, frequentemente são usados pelos mais ricos.” (Organización Mundial de la Salud, 2000, p. 18;)

Ao utilizar o argumento de beneficiar a população pobre, o relatório apresenta como recomendações o investimento no acesso dessa população à saúde privada por meio de subsídios, seja através do acesso por meio de seguros privados ou planos de pré-pagamento.

O Estado, então, cada vez mais perde seu papel como agente da ação social e redireciona o fundo público para o suporte às demandas do capital, especialmente o capital financeiro (BEHRING, 2016). Nesse contexto, a saúde vai se tornando um espaço de disputa e conflito no qual o projeto privatista vem ganhando hegemonia desde meados da década de 1990 (BRAVO, 2006).

Assim, os anos 90 apresentam um declínio para o financiamento da política de saúde, colocando em xeque a universalidade e os princípios do Sistema Único de Saúde propostos na Constituição Federal de 1988.

Os rebatimentos da conjuntura econômica no Brasil acometeram a política de saúde para fins e interesses privados corporativos por dentro e por fora do sistema, fortalecendo o viés da terceirização da gestão e dos serviços via organizações e fundações estatais de direito privado e privilegiando a expansão do mercado privado e do capital privado relacionado ao setor saúde, em detrimento do investimento em equipamentos públicos (SOARES, 2019, p.2).

A partir nos anos 90 tem-se então colocado em disputa dois projetos de saúde: o da reforma sanitária, fruto de uma luta social coletiva construída a partir dos anos 70 que vai em defesa de um sistema de saúde universal e para todos e na perspectiva do direito do cidadão e dever do estado e o projeto privatista a partir de uma concepção mercadológica que visa a acumulação do capital e transferência da responsabilidade do estado para o mercado. (BRAVO, 2009)

Nos anos 2000 tais disputas continuam a se intensificar no governo vigente no começo da década. Surge um terceiro projeto apontado por Bravo (2013) como reforma sanitária flexibilizada, que apesar da pauta ter sido voltada em torno de uma concepção de reforma sanitária, fortaleceu a precarização, a focalização e a terceirização dos recursos humanos no âmbito do SUS (BRAVO, 2009). Como exemplo de políticas focalizadoras no âmbito da saúde, a autora aponta sobre a centralidade do programa saúde da família, que apesar de importante ferramenta de promoção e proteção de saúde na atenção básica, o

mesmo não conseguiu avançar na perspectiva de universalização da cobertura, estando centrado principalmente expansão da cobertura para populações mais carentes. (BRAVO, 2009, p.18)

O financiamento do SUS tem-se colocado como um dos principais gargalos para a consolidação da política e tem vivido nas últimas décadas desmontes e desvinculações de recursos conquistados na Constituição de 1988 que impedem que as políticas se efetivem.

Como exemplo, podemos citar a Desvinculação de recursos da União (DRU) em curso desde de 1994 sob o nome de Fundo Social de Emergência (FSE), permitiu que fossem desvinculados 20% da arrecadação de todos os Impostos e contribuições da União para serem utilizados livremente pelo Governo Federal.

Nos anos seguintes, o Fundo Social de Emergência foi modificado por meio da Emenda Constitucional (EC) 27/2000, passando a se chamar “Desvinculação de recursos da União” com vigência até 2003. Desde então a DRU vigorou com sucessivas prorrogações: em 2003 por meio da EC 42/2003 ampliando o prazo da desvinculação até 2007; em 2007 através da EC nº 56 com vigência até 2011; e nesse mesmo ano com a ECº 61/2011 prorrogando mais uma vez até 31 de dezembro de 2015.

A mais recente ocorreu em 2016 (EC nº 93) que além de prorrogar a DRU até 31 de dezembro de 2023, também ampliou o percentual de desvinculação de 20% para 30%. Para Boschetti e Salvador (2006),

A DRU [...] cumpre historicamente um papel de uma perversa “alquimia” de transformar os recursos destinados ao financiamento da seguridade social em recursos fiscais para a composição do superávit primário e, por consequência, os utiliza para pagar juros da dívida. Os superávits primários, no período de 2000 a 2007, foram obtidos basicamente por meio da incidência da DRU nas receitas exclusivas da seguridade social, que representaram 62,45% do superávit primário do governo federal (Salvador, 2010). (SALVADOR, 2017, pag. 429)

A partir de 2015 é possível notar o acirramento dos interesses antagônicos no campo das políticas sociais, ocasionando o aprofundamento e aceleração do processo de desmonte de tais políticas. A exemplo, podemos citar: Agenda Brasil (08/2015); Uma ponte para o futuro (10/2015), e Travessia social (04/2016), formulados por partidos de base como estratégias para a saída da crise econômica. No ano seguinte, são apresentadas pelo

ministro de saúde propostas de plano de saúde acessíveis como maneira de “aliviar” os gastos com o financiamento do SUS. (BRAVO, 2020)

Esses documentos apontam como uma das saídas para o SUS a possibilidade de se realizar cobranças diferenciadas para o acesso de acordo com a faixa de renda e o estabelecimento de parcerias público-privadas visando o estímulo de produtividade e a melhoria do sistema de gestão. A justificativa utilizada é que o Brasil já emprega muitos recursos nas políticas sociais com desempenho menores se comparado com outros países.

No Brasil, em 2016, tem-se a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/16 que determinou o congelamento dos gastos públicos por 20 anos, direcionando o aparato estatal para a lógica da produção/oferta e não das necessidades de saúde. O que significa, em longo prazo, a perda de recursos para o Sistema Único de Saúde, juntamente com o agravamento do seu subfinanciamento. Conforme Soares (2019) apud Bravo e Pelaez (2018):

(...) as principais ações da contrarreforma no governo Temer são: aprovação da EC94/2016 que impõe um teto de gastos por 20 anos e que desencadeará um subfinanciamento ainda mais intenso; a reformulação da PNAB, em 2017, e desestruturação da Estratégia Saúde da Família, sem ser objeto de discussão do Conselho Nacional de Saúde; a discussão e proposição de planos populares de saúde para a “desoneração” do SUS e oneração dos seus usuários; as alterações na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Política de Saúde Mental, que voltam a dar ênfase ao internamento psiquiátrico e também não foi objeto de discussão do Conselho Nacional de Saúde; e a proposta de alteração na regulamentação dos planos de saúde, de modo a atender melhor às necessidades desse importante segmento do capital na saúde. (SOARES, 2019, p. 4 apud BRAVO, PELAEZ, 2018).

Com a pandemia de Covid-19 no início de 2020, a crise sanitária e humanitária acirrou ainda mais a precariedade e dificuldades que a população brasileira se encontrava. A precarização das políticas sociais e seu aprofundamento por meio da EC nº95/2016, principalmente na saúde pública, contribuíram para a gravidade do impacto da pandemia no Brasil. Nesse contexto, o congresso aprovou um “orçamento de guerra” para o enfrentamento da Covid, com recursos adicionais para financiar ações na área da saúde, assistência social, entre outros.

Apesar da gravidade com que a pandemia se instala no Brasil e no mundo como um todo, não foram evidenciados esforços necessários suficientes para fortalecer a saúde pública, apesar de 78% da população nacional ser usuária do Sistema Único de Saúde –SUS. Pelo contrário, estudos apontam que o setor privado foi o que mais se beneficiou neste

contexto. Segundo Salvador (2020, p.14), foram pagos na LOA 2020 (R\$311.36 bilhões) em juros e encargos da dívida, enquanto somente (R\$165,89 bilhões) foram gastos para o enfrentamento da Covid-19. Ou seja, o gasto para o pagamento aos rentistas foi quase 50% superior ao que foi gasto para enfrentar a pandemia, o que deixa claro a prioridade do governo brasileiro em tempos de crise.

Ainda que tenha sido aprovado o “orçamento de guerra” para enfrentar a pandemia, os valores pagos foram aquém aos que seriam suficientes para minimizar os efeitos da mesma sobre a população brasileira, principalmente a mais pobre que foi duramente atingida. O ajuste fiscal permanente, o desfinanciamento das políticas sociais, a EC 95 que esfacelou as políticas públicas, foram responsáveis pelo agravamento da pandemia no Brasil, bem como da morte das mais de 696 mil vítimas da covid-19.

De acordo com o último estudo sobre o panorama de recursos e usos de saúde no país realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2019 denominado “Conta-Satélite de Saúde do Brasil”, o Brasil ocupa a penúltima posição em gastos públicos com saúde (3,8% PIB), ficando afrente somente do México (2,5% PIB), em análise realizada comparando 13 países membros da Organização para a Cooperação de Desenvolvimento Econômico (OCDE).

De acordo com o Instituto, as despesas do governo com saúde alcançaram 3,5% do PIB em 2015; 4% em 2016; 3,9 % em 2017 e 3,8% nos anos de 2018 e 2019, ficando abaixo da média dos países participantes da OCDE que é 6,5%. Já os gastos realizados por famílias e instituições sem fins lucrativos na saúde totalizaram mais de 5% do PIB/ano no mesmo período, chegando a 5,8% no ano de 2019, enquanto nos países da OCDE esse valor cai 2,1% do produto interno bruto.

Ao contrário do que apontam alguns economistas a respeito do Brasil já investir demasiado em políticas públicas, o estudo demonstrou uma estagnação dos gastos públicos com saúde, estando abaixo de países desenvolvidos como França e Japão (9,3%), Reino Unido (8%), Canadá (7,6%), Suíça (7,5%) e também de países Latino Americanos como Colômbia (6%) e Chile (5,7%).

Em pesquisa publicada em 2022 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) denominada “Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional : conta SHA

para o Brasil, 2015 a 2019”, aponta-se também para a redução do poder público no financiamento do SUS, diminuindo de 44,8% para 42,2% entre 2015 a 2019, sendo o valor *per capita* gasto em saúde equivalente a 77% menos do que dos países europeus participantes da OCDE.

Nessa conjuntura de desmontes e sucateamentos de direitos conquistados na Constituição de 1988, é de suma importância a luta por um sistema de saúde público e universal. Nessa perspectiva, Bravo (2020) salienta a importância da articulação e participação de alguns atores como os Conselhos, movimentos sociais, partidários e sindicais em fóruns e na Frente Nacional Contra a Privatização do SUS na luta contra a privatização do sistema e a favor dos princípios propostos na Reforma Sanitária.

4. Capítulo 3 - Limites e possibilidades no cuidado do câncer no Brasil: um estudo sobre a políticas de saúde em Oncologia na contemporaneidade.

4.1 Incidência de Câncer

O termo câncer é utilizado para retratar um grupo de mais de 100 doenças malignas que afetam diversas partes do corpo a partir da rápida multiplicação de células anormais que podem invadir partes adjacentes do corpo e se espalhar para outros órgãos. (BRASIL, 2020)

Segundo dados divulgados pelo Centro Internacional para Pesquisa do Câncer (IARC, 2018), em 2018 a doença foi a segunda maior causa de mortes no mundo, sendo responsável por 9,6 milhões de mortes e 18,1 milhões de novos casos e está entre as quatro principais causas de morte prematura na maioria dos países. A pesquisa apontou o câncer de pulmão como o mais prevalente no mundo (2,1 milhões) seguido pelo tumor de mama (2,1 milhões), cólon e reto (1,8 milhão) e próstata (1,3 milhão) (IARC, 2018).

Estudos apontam sobre o aumento da incidência e da mortalidade por câncer em todo o mundo, seja pelo envelhecimento e crescimento populacional, ou pela incorporação de novos hábitos associados à urbanização que geram fatores de risco para o câncer, como o sedentarismo, a alimentação inadequada e o uso abusivo do tabaco (BRAY et al., 2018).

A OMS (2020) considera necessário o aumento dos equipamentos destinados ao tratamento de câncer nos países de baixa e média renda, sob o risco de aumento de mais

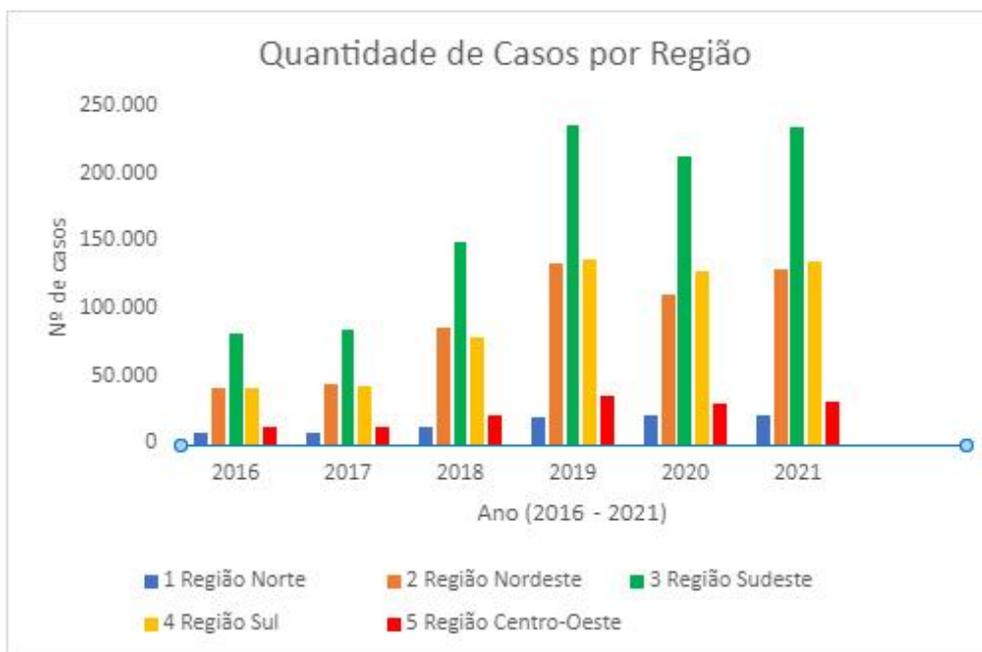
de 60% nos casos de câncer nas próximas duas décadas, sendo as maiores taxas nos países periféricos, nos quais as taxas de sobrevivência são atualmente mais baixas, devido ao pouco investimento em prevenção e equipamentos para diagnóstico e tratamento de tumores. Segundo a OMS, no ano de 2019 mais de 90% dos países de alta renda verbalizaram possuir serviços estruturados para o tratamento de câncer disponíveis no sistema público de saúde, em compensação esse número caiu para 15% nos países mais pobres.

No Brasil, o cenário não é diferente. Segundo estimativas do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) de 2022 são esperados 704 mil casos novos de câncer no Brasil para cada ano do triênio 2023-2025 e mais de 200 mil mortes. De acordo com os dados disponibilizados pelo INCA, os tumores mais incidentes no Brasil são o pele não melanoma (31,3% do total de casos), seguido pelos de mama feminina (10,5%), próstata (10,2%), cólon e reto (6,5%), pulmão (4,6%) e estômago (3,1%).

Nas mulheres, o câncer de mama é o mais incidente (30,1%), representando mais de 70 mil novos casos por ano, seguido dos tumores de cólon e reto (9,2%) e colo do útero (7%). Já nos homens o câncer de próstata é o mais predominante (30%), os tumores de cólon e reto ocupam a segunda posição com 9,2% seguidos do tumores de Traqueia, Brônquio e Pulmão com 7,5%.

A partir de dados retirados no DATASUS entre os anos 2016 a 2021 é possível verificar que região Sudeste concentra maior parte dos casos, seguidos da região Sul e Nordeste.

Gráfico 1: Quantidade de casos de Câncer por Região do Brasil.



Fonte: elaboração própria a partir dos dados retirados do Ministério da Saúde - Painel Oncologia Brasil (2022).

Do total de novos casos de tumores malignos previstos para o triênio 2023-2025, 70% desses estão concentrados nas regiões sudeste e sul. Sendo os tumores de mama, próstata e o de cólon e reto os mais incidentes nas duas regiões. Nas regiões Norte e Nordeste o câncer de próstata é o mais prevalente, seguido dos tumores de mama e colo do útero. Assim como nas regiões anteriores, no centro-oeste o câncer de próstata também é o mais incidente seguido do câncer de mama, sendo o câncer colorretal o terceiro mais prevalente (BRASIL, 2022).

A “Estimativa 2020 - Incidência de Câncer no Brasil” elaborada pelo INCA revelou que a região Norte é a única do país onde os percentuais de tumor de mama e colo do útero se equivalem entre as mulheres. (BRASIL, 2020) Esses dados são importantes para fornecer subsídios para a construção de políticas considerando as necessidades específicas de cada região, conforme os princípios e diretrizes do SUS.

O tratamento do câncer pode ocorrer a partir de três formas: cirurgia, radioterapia e quimioterapia, que podem ser utilizadas em conjunto ou separadamente, de acordo com a indicação para cada caso (SIA/SUS, 2021). Porém são diversas as barreiras que o paciente oncológico enfrenta para conseguir o acesso ao tratamento, barreiras essas que envolvem desde o acesso a diagnóstico em tempo hábil até o acesso ao tratamento adequado.

4.2 Financiamento da oncologia no SUS e os desafios postos na atualidade.

O financiamento de todas as ações e serviços de saúde do SUS são de responsabilidade das três esferas de gestão (Federal, Municipal e Estadual), conforme o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90).

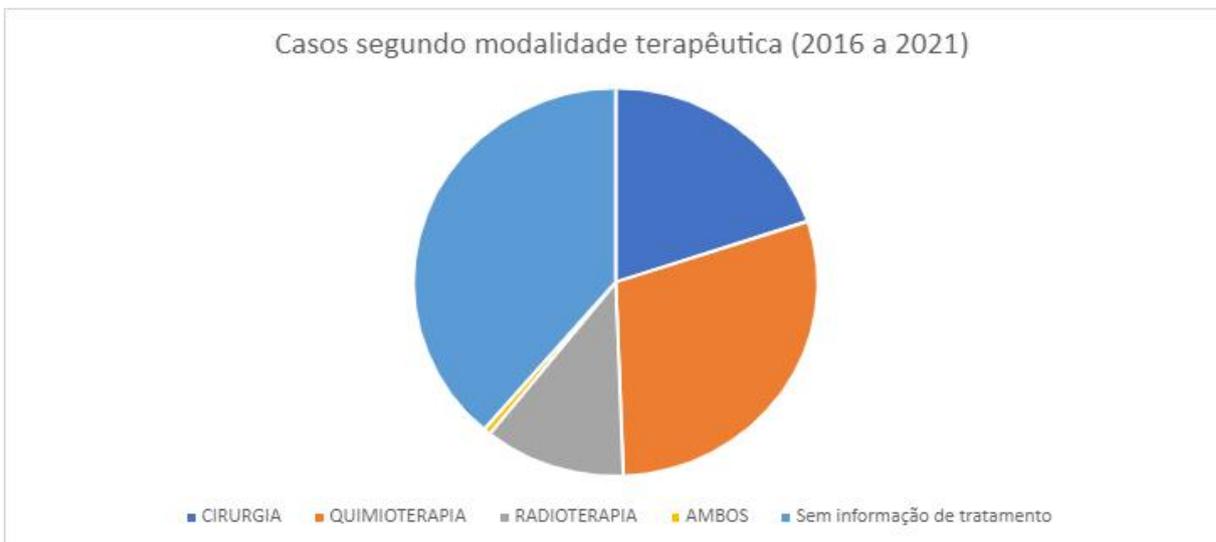
De acordo com a Constituição Federal de 1988, os recursos mínimos aplicados anualmente para ações e serviços de saúde pela União não podem ser inferiores a 15%, referente a receita recorrente líquida (BRASIL, 1998). Já a Lei nº 141/2012, prevê que os municípios devem investir no mínimo 15% de suas receitas e os estados 12% destinados à saúde. A mesma lei definiu que a União deveria investir em saúde o mesmo valor do ano anterior adicionado da variação nominal do PIB.

Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar estão atualmente organizados em dois blocos: Média e Alta complexidade ambulatorial e Hospitalar (MAC) que é transferido de forma regular e automática aos fundos de saúde das esferas de gestão e o Fundo de ações estratégicas e Compensação (FAEC) cujo objetivo é financiar procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS (BRASIL, 2022).

O financiamento da assistência oncológica se insere no bloco MAC e por esse motivo todos os valores gastos no tratamento dos pacientes, sejam eles quimioterapia ou radioterapia, são ressarcidos após a sua inclusão por estabelecimentos habilitados no subsistema APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade), do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Logo, após a inclusão no subsistema APAC, os estabelecimentos de saúde são ressarcidos pelo Ministério da Saúde conforme o código de cada procedimento informado. De acordo com os dados obtidos através do DataSUS a partir de informações obtidas no SIA/SUS e no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) no período de 2016 a 2021 a respeito dos procedimentos registrados em oncologia, a quimioterapia ocupa o primeiro lugar com 29,5%, seguido de cirurgia com 19,9% e radioterapia com 11,3% do total dos procedimentos realizados.

Gráfico 2: Casos de câncer segundo modalidade terapêutica (2016 a 2021).



Fonte: Elaboração própria a partir de dados obtidos no DATASUS (2022).

Considerando os gastos executados segundo modalidade de tratamento, é possível identificar a quimioterapia como o procedimento com maior destinação de recursos entre os anos de 2016 a 2021, seguidos da radioterapia e cirurgias oncológicas (nesta inclusa também as hospitalizações e internações relativas à oncologia). Neste período, não foi possível identificar no sistema informações referentes aos gastos dos tratamentos de radioterapia entre os anos de 2016 a 2018.

Gráfico 3: Percentual de valores pagos segundo modalidade de tratamento. (2016 a 2021).



Fonte: Elaboração própria a partir de dados obtidos no DATASUS (2022).

Os valores executados referentes aos procedimentos de quimioterapia foram de R\$1,5 bilhões em 2016 chegando a R\$2,07 bilhões em 2021, enquanto para cirurgia foram de R\$458 milhões e R\$506 milhões respectivamente.

Considerando o valor total de recursos MAC e FAEC destinados para a oncologia nas modalidades quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica temos o valor de R\$2,7 bilhões em 2016, chegando a R\$3,65 bilhões em 2021. Porém, quando corrigidos pela inflação do período (IPCA + anual), esses números não apresentam ganhos reais para a política de oncologia, excetuando o ano de 2021 em que houve um aumento de 10% em relação ao ano interior no percentual de recursos repassados para quimioterapias e um aumento de 4% nos procedimentos quimioterápicos realizados; e o ano de 2020 em que houve um aumento de 55% nos valores repassados para o tratamento de radioterapia em relação ao ano anterior e aumento de 6,3% na quantidade de radioterapias realizadas.

Esses números podem ser explicados devido a Pandemia de Covid-19, em que houve redução de 5% na quantidade de quimioterapias realizadas e 15,7% na quantidade de cirurgias no ano de 2020, seguido de um considerável aumento nos números de procedimentos realizados no ano seguinte.

Em pesquisa realizada por Gomes et al (2021) sobre os custos do tratamento de câncer no Brasil verificou-se que percentual de crescimento ao gasto com procedimentos de oncologia em relação ao valor total destinado aos procedimentos de saúde se manteve estável entre os anos de 2008 a 2020, com uma pequena variação de 5% nesse último ano.

Gráfico 4: Gastos com procedimentos em oncologia – Valores aprovados em bilhões. (2016 a 2021).



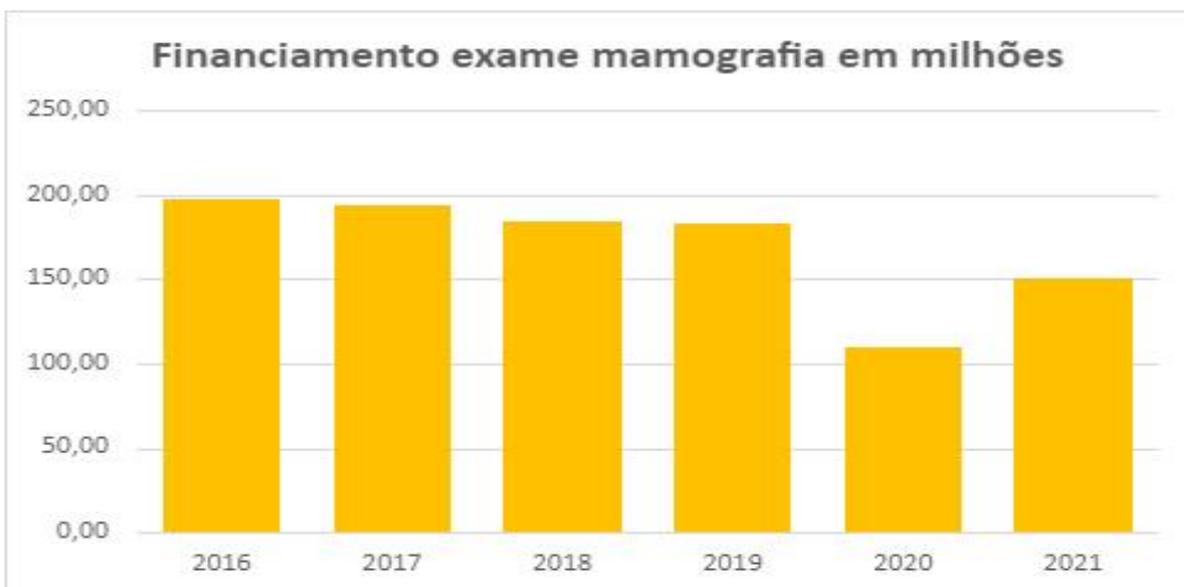
Fonte: Elaboração própria Elaboração própria a partir de dados obtidos no DATASUS (2022).

Do valor total de recursos repassados para a média e alta complexidade - produção ambulatorial em 2016, o maior valor gasto foi de tratamento em nefrologia (hemodiálise), de R\$2.314.752.522,44, seguidos de tratamento em oncologia (quimioterapia) R\$ 1.512.338.844,06 e consulta médica em atenção especializada R\$984.101.504,50. Em 2021 a mesma ordem de procedimentos foi mantida com os valores: R\$ 2.914.901.412,20; R\$ 1.596.314.098,37 e R\$981.065.221,07 respectivamente.

A Organização Mundial da Saúde orienta que sejam realizadas ações de prevenção, detecção precoce e acesso ao tratamento para o controle do câncer. (OMS, 2020). Em relação a detecção precoce, esta pode ser realizada através de duas estratégias: o rastreamento e a detecção precoce. A primeira diz respeito a realização de exames em pessoas sem sintomas objetivando localizar alterações sugestivas de câncer, já o diagnóstico precoce visa abordar pessoas com sintomas iniciais da doença. (INCA,2021).

O exame de mamografia é a principal estratégia para rastreamento de câncer de mama, e no Brasil deve ser realizado de maneira bienal em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, segundo recomendações do Ministério da Saúde. (INCA, 2015) A partir dos dados fornecidos pelo SIA/SUS foi possível verificar uma redução gradual de exames de mamografia realizados entre os anos de 2016 a 2021, redução esta que se aprofundou no ano de 2020 devido ao contexto mundial de pandemia de COVID-19, onde mais de 1.705.475 milhões de mulheres deixaram de realizar o exame se comparado ao ano anterior. (DEMARCHI et al, 2022). Tal redução pode ser vista também se compararmos os repasses financeiros para o exame, que foram de R\$188.023.011,25 em 2016 para R\$143.248.900,95 em 2021.

Gráfico 5: Financiamento dos exames de mamografia e quantidade de mamografias realizadas. (2016 a 2021).



Fonte: elaboração própria a partir de dados obtidos no Sistema de Informações ambulatoriais do SUS (2022).

Gráfico 6: Quantidade de mamografias realizadas (2016 a 2021).

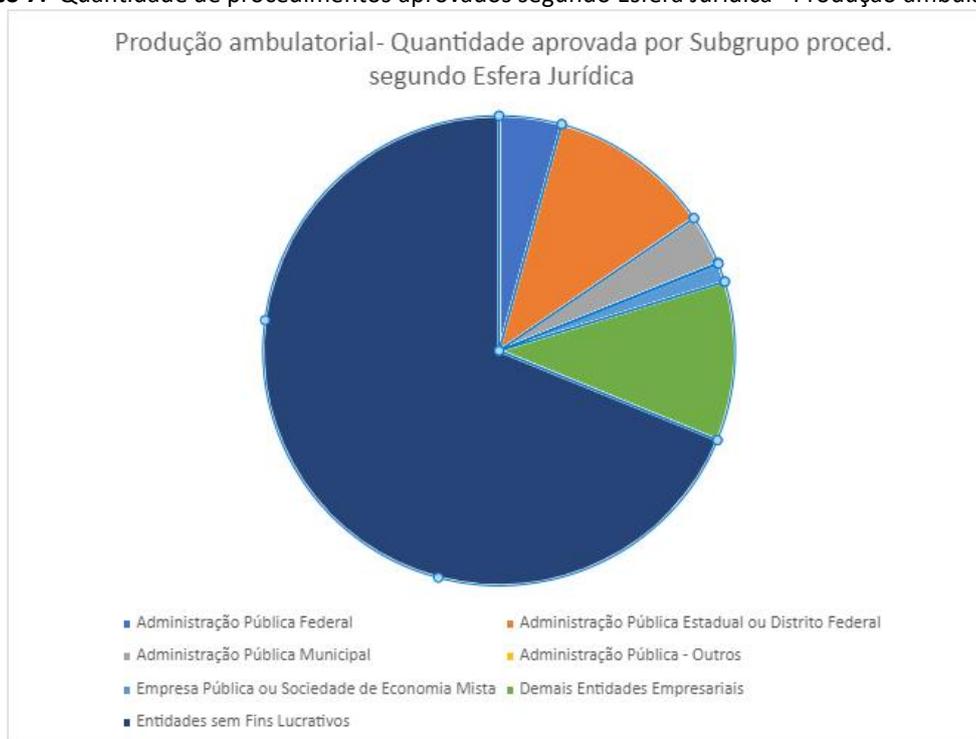


Fonte: elaboração própria a partir de dados obtidos no Sistema de Informações ambulatoriais do SUS (2022).

Outro exame extremamente importante e utilizado como principal meio de rastreamento do câncer de colo do útero é o exame citopatológico (Papanicolau) que é indicado para a população alvo que tenha entre 25 a 64 anos (INCA, 2016). No período de 2016 a 2021, foi possível observar uma estabilidade na quantidade de exames realizados, com declínio em 2020 devido também a pandemia de COVID-19.

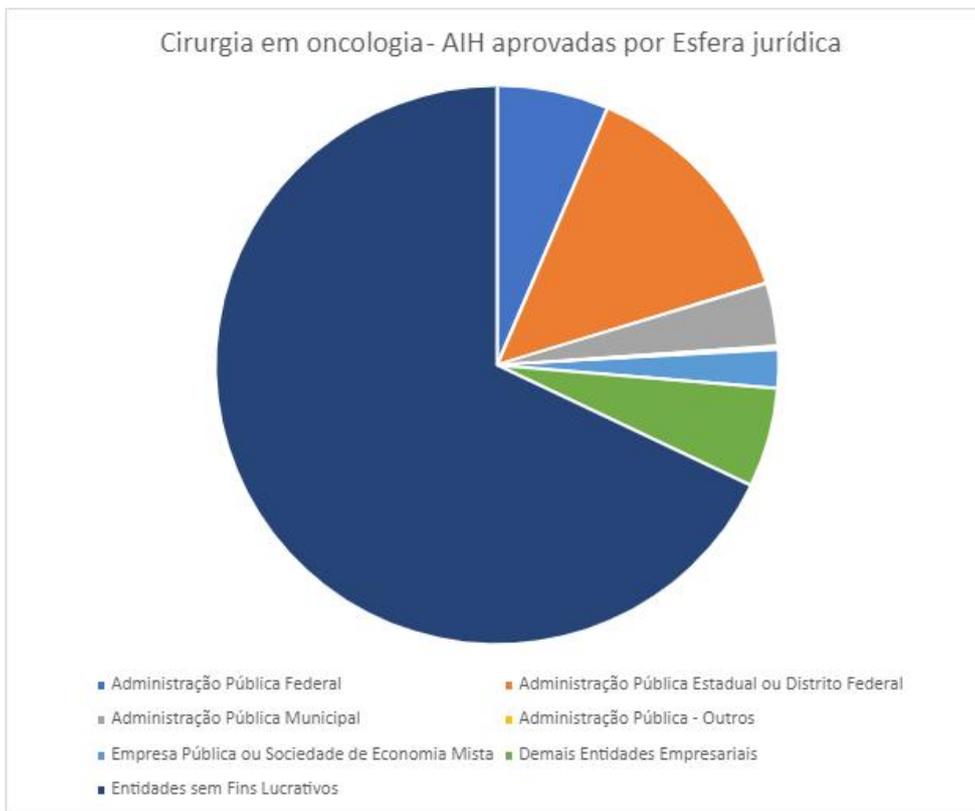
Sobre a quantidade de procedimentos aprovados segundo esfera jurídica, foi possível observar a prevalência de entidades sem fins lucrativos ocupando mais de 60% dos procedimentos aprovados em oncologia, com a média de 67% de participação em autorizações de procedimentos entre nos anos de 2016 a 2021 em cirurgia oncológica, e 68% de quimioterapias e radioterapias aprovadas no âmbito da produção ambulatorial. Se considerarmos as entidades sem fins lucrativos juntamente com as demais entidades empresárias, a porcentagem de procedimentos realizados sobe para 73,48% e 78,13% respectivamente.

Gráfico 7: Quantidade de procedimentos aprovados segundo Esfera Jurídica - Produção ambulatorial.



Fonte: elaboração própria a partir de dados obtidos no DATASUS (2022).

Gráfico 8: Quantidade de procedimentos aprovados segundo Esfera Jurídica - Cirurgia em Oncologia.



Fonte: elaboração própria a partir de dados obtidos no DATASUS (2022).

Kligerman (2000) aponta que ainda no final da década de 90, o Brasil contava com 267 unidades para a prestação de serviços oncológicos cadastrados no SUS, dos quais 69 CACONS possuíam serviço próprio de radioterapia e 76 CACONS sem serviços próprios de radioterapia, 80 eram serviços isolados de quimioterapia e 42 de radioterapia, sendo que a maior parte dos serviços de quimioterapia e 100% dos serviços de radioterapia eram privados com fins lucrativos; e dos 145 centros de alta complexidade, 54% eram filantrópicos ou privados, demonstrando a forte participação do setor privado no atendimento as demandas de saúde da população.

Esses dados confirmam o processo de privatização pelo qual o Sistema Único de Saúde vem passando desde a década de 90 por meio das contrarreformas que visam o lucro, a desresponsabilização do estado e a financeirização das políticas públicas. Sendo assim, o estado cada vez mais se desresponsabiliza de sua função e a entrega para o âmbito privado.

Alguns desafios estão postos para a plena execução da atenção oncológica no Brasil, desafios estes que perpassam também pelo financiamento da política e alocação adequada de recursos. Um estudo publicado pelo IQVIA com o apoio da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (2022), a partir de dados coletados no Cadastro Nacional de

Estabelecimentos de saúde, identificou que 2/3 das regiões brasileiras não possuem salas de quimioterapia em seu território, estando a maior parte delas concentradas nas Regiões Sul e Sudeste. A pesquisa também constatou que apenas 109 regiões de saúde (25,2%), das 439 existentes no país possuem aparelhos de radioterapia disponíveis para o tratamento de pacientes oncológicos.

Em relação a quantidade de profissionais médicos oncologistas, a “Demografia Médica no Brasil – 2020” (USP, 2020) revelou que o Brasil possui 4.061 especialistas em Oncologia Clínica e 1.454 em Cirurgia Oncológica. É possível notar a prevalência das especialidades nas regiões Sul e Sudeste: 65% na especialidade de Cirurgia Oncológica e 67% em Oncologia Clínica, o que evidencia um déficit de profissionais oncologistas nas outras regiões do país.

Esses dados além de relevarem as desigualdades regionais existentes, também impactam diretamente a vida dos pacientes em tratamento oncológico, que por muitas vezes, necessitam se deslocar de suas residências para outras regiões afim de receber o tratamento e atenção adequados.

De acordo com o INCA (2022), o Estadiamento do Câncer significa a avaliação do grau de disseminação da doença, em que quanto maior o estágio, maior o grau de disseminação e quanto menor, maiores as chances de cura. A partir dos dados obtidos no Painel Oncologia 2022 – DATASUS, foi possível observar dentre todos os casos de adoecimento por câncer com registro de estadiamento (Estágio 0 a 4) nos anos de 2016 a 2021, 30% desses estavam no estágio 4; 31% no estágio 3; 10,8% no estágio 1 e apenas 5,7% no estágio 0, que representa a fase mais precoce da doença em alguns tumores.

Os dados manifestam falhas latentes na política de oncologia ao revelarem que grande parte da população é diagnosticada com câncer já nos estágios mais avançados da doença, enquanto apenas 10% é diagnosticada no estágio inicial, colocando em evidência a necessidade de ampliação de recursos na atenção básica para o fortalecimento de ações em prevenção do câncer e promoção da saúde.

Tais desafios impedem o pleno funcionamento da política e a garantia da efetivação dos direitos já conquistados, como a Lei nº 12.732/12, conhecida popularmente como “Lei dos 60 dias” que garante ao paciente diagnosticado com câncer o direito de iniciar o

tratamento no SUS no prazo máximo de 60 dias; e a Lei nº 13.896/2019 que garante em suspeitas de câncer, o direito de realizar os exames necessários para confirmar o diagnóstico no prazo máximo de 30 dias.

Considerações finais

No Brasil, o adoecimento por câncer mata aproximadamente 235 mil pessoas por ano (INCA, 2022) e estudos apontam que devido ao envelhecimento populacional esses números podem aumentar muito mais até 2040, chegando a um aumento de 66% no número de casos. (FERLAY J, LAVERSANNE M et al. 2021). Os recursos destinados pelo governo federal para o tratamento do câncer foram de mais de R\$3,5 bilhões de reais em 2020 e 2021 com procedimentos ambulatoriais e hospitalares no SUS e segundo estimativas do INCA (2022), a tendência de aumento dos custos subirá para R\$7,8 bilhões se não forem mobilizadas ações para o controle do câncer.

Além do impacto econômico nos cofres públicos, o adoecimento por câncer também tem um impacto social importante, perpassando não apenas pelo paciente, mas também por sua família e pela comunidade.

Nesse sentido, devem ser priorizadas medidas efetivas para o controle do câncer visando a otimização de recursos e melhora da qualidade de vida da população. Apesar dos recursos destinados a oncologia estarem em sua maioria concentrados na atenção de média e alta complexidade, a prevenção no âmbito da atenção primária é a única capaz de diminuir a quantidade de novos casos e de mortes por câncer, visto que 80% dos casos de adoecimento ocorrem por fatores externos relacionados a hábitos de vida não saudáveis. (INCA, 2022)

Além disso, é necessário ampliar os investimentos na saúde e na Política de Oncologia, considerando o aumento no número de casos e a mudança no perfil demográfico do país, tendo em vista que até 2050 o número de idosos chegará a 29,3% do total da população (IBGE, 2020).

Nos últimos anos vimos o acirramento da disputa pelo fundo público no que tange o orçamento destinado à Seguridade Social, sobretudo após a aprovação da PEC nº 95/2016,

em que dados do Conselho Nacional de Saúde (2022) apontam para a perda de mais de R\$20 bilhões de reais por ano em investimentos na saúde.

A partir dos dados demonstrados na pesquisa foi possível observar o processo de estagnação de recursos e privatização dos serviços no âmbito da Política de Oncologia do Sistema Único de Saúde, afetadas principalmente pela disputa do fundo público da saúde em que cada vez mais retirassem-se recursos que seriam destinados as políticas de saúde em prol das necessidades do mercado.

O desafio posto na atual conjuntura, no que tange o financiamento da política de saúde, é o da luta pelo reestabelecimento dos direitos garantidos pela Constituição Federal de 1988, assegurando que os recursos garantidos constitucionalmente para a Seguridade Social sejam aplicados integralmente, assim como a extinção da Desvinculação de Recursos da União e a revogação da EC nº95/2016 que vão de encontro aos ideais propostos pela Reforma Sanitária.

Referências bibliográficas

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1999.

BARRETO, E. M. T. **Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil**. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 267-275, 2005.

BATISTA, Paulo Nogueira. **A visão liberal dos problemas Latino-americanos**. Programa Educativo Dívida Externa – PEDEX. Caderno Dívida Externa nº 6, 1994.

BEHRING, E.R. e BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

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

_____. **Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Política social: notas sobre o presente e o futuro**. Brasília: UnB, 17 Programa de pós-graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, 2004.

_____. **Política Social no contexto da crise capitalista**. CFESS/ABEPSS. 2016

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilasio. **Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia**. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, Cortez, n. 87, p. 25-57, 2006.

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

_____. Lei nº 8080 de set. 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. Brasília, 1990.

_____. Lei nº 142 de maio de 2012. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo. Brasília, 2012.

_____. Decreto nº 14.354 de 15 de set. 1920. Regulamento dos serviços a cargo do Departamento Nacional de Saúde Pública. Coleção de Leis do Brasil - 1920, Página 244 Vol. 3.

_____. Presidência da República. Plano Diretor da Reforma do Estado. Brasília, 1995.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº170, de 17 de dezembro de 1993. Estabelece normas para o credenciamento de hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade em Câncer. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.535 de 2 de set. de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Declaração de Alma Ata sobre os cuidados primários. Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 741/SAS, 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.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fev. de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil.** Rio de Janeiro: 2015.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**– 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa/2020. Incidência de Câncer no Brasil.** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro, 2019.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Contas satélites de saúde. 2019**

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Bases técnicas da oncologia – Sistema de informações ambulatoriais.** Brasília, 2021.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Detecção precoce do câncer.** Rio de Janeiro, 2021.

_____. Ministério da saúde. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional SHA para o Brasil, 2015-2019.** Brasília, 2022.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Sumário executivo: gastos federais atuais e futuros com os cânceres atribuíveis aos fatores de risco relacionados à alimentação, nutrição e atividade física no Brasil.** Rio de Janeiro, 2022.

BRAVO, Maria Inês. **Política de Saúde no Brasil.** In: MOTA, A. E; BRAVO, M.I. de S.; UCHÔA, R.; et al., (orgs). Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, ABEPSS. Cortez, 2006.

_____. **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. SER SOCIAL. Estado, democracia e saúde.** Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020.

BRAVO, M. I. S. ; MATOS, Maurílio Castro de . **Reforma Sanitária e o Projeto ético- político do Serviço Social: elementos para o debate. Saúde e Serviço Social.** 1ed.São Paulo/ Rio de Janeiro: Cortez/ UERJ, 2004, v. 1, p. 25-47.

BRAVO, M. I. S. Prefácio. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional.** Campinas: Papel Social, 2013.

BRAVO, M. I.; PELAEZ, E.; PINHEIRO, W. **As contrarreformas na política de saúde do governo Temer.** Argumentum, Vitória, v. 10, n. 1, abr.2018.

BRAY, F.; FERLAY, J.; SOERJOMATARAM, I., 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, 68, 394-424

DEMARCHI, H; MAURER, E; PIERINI N., et al. **O Impacto da Pandemia da Covid-19 no Volume de Mamografias no Brasil: uma Análise de Previsão Baseada nos Números Históricos.** Revista Brasileira de Cancerologia; v. 68, 2022.

FERJAY, J.; COLOMBET, M; SOERJOMATARAM, I; et al. **Cancer statistics for the year 2020: An overview. 2021.** Internacional Journey of câncer. Switzerland, v. 149, n.4, aug, 2021.

GOMES, H.; NASCIMENTO J.; SOUSA A.; et al. **Gastos do sistema público de saúde com tratamento em oncologia.** RAHIS, Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde Vol. 18, n 2, Belo Horizonte, 2021.

HARVEY, David. **O enigma do capital e as crises do capitalismo.** São Paulo: Boitempo. 2011

IAMAMOTO, Marilda Villela. **A Questão Social no Capitalismo.** Temporalis, Brasília n. 3, 2. ed., p. 09- 32, jan/jul 2004

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2003.

IARC, International agency for research on Cancer. **World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention**. France, 2020.

IQVIA. **Câncer no Brasil – A jornada do paciente no sistema de saúde e seus impactos sociais e financeiros**. 2022

KLIGERMAN, J. **O desafio de se implementar a assistência Oncológica no SUS**. Revista Brasileira de Cancerologia. V. 46, 2000.

LIMA, Julio César França. **O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde”**. In: PEREIRA, João Márcio Mendes; PRONKO, Marcela (Org.). *A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2015. p. 233-253.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; Fonseca, Cristina Maria Oliveira. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil**. RJ: Ministério da Saúde, 2007.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; PORTO, Marco Antonio; NORONHA, Claudio Pompeiano. **O Câncer no Brasil: passado e presente**. Rio de Janeiro: Outras Letras / Faperj, 2012.

MANDEL, Ernest. *A crise do capital: Os fatos e sua interpretação marxista*. São Paulo: Ensaio, 1990.

MENEZES, Ana Paula do Rego. MORRETI, Bruno. REIS, Ademar Arthur Chioro dos. **O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade**. Rev. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 43, pag. 58-70, 2019.

MESSORA, Elder Al Kondari. **Disputa pela Memória: O centenário do “Instituto de Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho”**. Apresentado no XXV Encontro Estadual de História da ANPUH-SP. *Histórias, Desigualdades e diferenças*. 2020.

MORAES, Priscila dos Anjos. **A trajetória do Câncer de mama no Brasil: uma análise do jornal “O Globo” (1925-1999)**. Tese (Mestrado em Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2015.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. 3ed. São Paulo, Cortez, 2005.si

MOTA, Ana Elizabete. **Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista**. CFESS/ABEPSS. 2009.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Genebra:1946.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud**. Genebra: 2000.

OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S. F. (Im) **Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1979.

SALVADOR, Evilasio. **Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil**. Apresentação no I simpósio orçamento público e políticas sociais, no dia 10 de abril de 2012, na Universidade Estadual de Londrina (UEL).

_____. **Fundo público e seguridade social**. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal**. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, Cortez, n. 130, p. 426-446, 2017.

SILVA M, LIMA J, O'DWYER G, et al. **Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a Criação do Sistema Único de Saúde**. Rev. Bras. Cancerologia. v. 63 n. 3 (2017): jul./ago./set.

SCHEFFER, M. et al., **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o serviço social: impactos, desafios e estratégias em tempos de neoliberalismo ortodoxo**. 7º Encontro Internacional de Política Social 14º Encontro Nacional de Política Social Tema: Contrarreformas ou Revolução: respostas ao capitalismo em crise Vitória (ES, Brasil), 3 a 6 de junho de 2019