

**UFRRJ**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**DETERMINANTES SOCIAIS DO ADOECIMENTO ONCOLÓGICO:  
UMA ANÁLISE DE TRABALHOS APRESENTADOS NO CBAS 2019**

**ISABELA DO NASCIMENTO BARRETO**

**2021**



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**DETERMINANTES SOCIAIS DO ADOECIMENTO ONCOLÓGICO:  
UMA ANÁLISE DE TRABALHOS APRESENTADOS NO CBAS 2019**

**ISABELA DO NASCIMENTO BARRETO**

*Sob a Orientação da Professora*

**Simone da Cunha Tourino Barros**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, como parte das exigências para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Seropédica, RJ.

Dezembro de 2021

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B273d BARRETO, Isabela do Nascimento, 1999 Determinantes  
Sociais do Adoecimento Oncológico: uma análise de  
trabalhos apresentados no CBAS 2019 / Isabela do  
Nascimento BARRETO. - Seropédica/ RJ, 2021.  
68 f.: il.

Orientadora: Simone da Cunha Tourino Barros.  
Trabalho de conclusão de curso(Graduação). --  
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Serviço  
Social, 2021.

1. câncer. 2. oncologia. 3. serviço social. I.  
Barros, Simone da Cunha Tourino, 1972-, orient. II  
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Serviço  
Social III. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
COORD. CURSO GRAD. EM SERVIÇO SOCIAL



ATA Nº 6016 / 2021 - CoordCGSS (12.28.01.00.00.00.04)

Nº do Protocolo: 23083,091601/2021-89

Seropédica-RJ, 17 de dezembro de 2021.

Isabela do Nascimento Barreto

**DETERMINANTES SOCIAIS DO ADOECIMENTO ONCOLÓGICO: UMA ANÁLISE DE TRABALHOS APRESENTADOS NO CBAS 2019**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido como requisito parcial para obtenção do título de **Bacharel em Serviço Social**, pelo Curso de Graduação em Serviço Social do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Data de aprovação: 13 de dezembro de 2021.

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Simone da Cunha Tourino Barros  
Orientadora - presidenta (DEDH/UFRRJ)

Prof. Dra. Carmen Oliveira Frade  
Membro interno - DEDH/UFRRJ

Dra. Kamila Cristina da Silva Teixeira  
Membro externo - Universidade Estadual do Paraná - Apucarana (UNESPAR)

(Assinado digitalmente em 20/12/2021 11:59 )  
CARMEN OLIVEIRA FRADE  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
DepH07 (12.28.01.00.00.00.10)  
Matricula: 4206732

(Assinado digitalmente em 20/12/2021 18:53 )  
SIMONE DA CUNHA TOURINO BARROS  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
DepH07 (12.28.01.00.00.00.10)  
Matricula: 2316595

(Assinado digitalmente em 22/12/2021 08:45 )  
KAMILA CRISTINA DA SILVA TEIXEIRA  
ASSISTENTE EXTERNO  
CPF: 085.274.197-93

Para verificar a autenticidade deste documento entre em  
<https://sipac.ufrrj.br/public/documentos/index.jsp> informando seu número: **6016**, ano: **2021**, tipo: **ATA**, data de emissão: **17/12/2021** e o código de verificação: **80f90a1adc**

*Dedico este trabalho ao meu pai, Waltecir Barreto, que viveu  
uma longa trajetória de luta contra o câncer.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha família pelo apoio durante todo meu processo acadêmico, em que eu jamais conseguiria percorrer se não os tivesse. À minha mãe que em nenhum momento deixou de acreditar no meu potencial, ao meu pai que me proporcionou estabilidade e segurança para que eu pudesse manter os estudos, ao meu irmão que sempre esteve ao meu lado e a todos os familiares que sempre zelaram por mim. Todo suporte emocional familiar que recebi foi essencial para que eu pudesse completar mais um capítulo da minha vida.

Agradeço também a orientadora Simone, que foi fundamental na elaboração deste trabalho, assim como todos os professores da UFRRJ, que fizeram parte da minha vida acadêmica e contribuíram com meu processo de formação profissional.

Não poderia deixar de agradecer aos meus amigos e colegas de turma: Gabriela, Karen, Marcela, Nathália e Tallyson. Esses que percorreram junto a mim toda longa trajetória acadêmica. Em meio as tribulações que vivenciei, o suporte dos meus amigos possibilitou que eu pudesse seguir a minha caminhada e estar aqui finalizando este estudo. Por fim, queria deixar um agradecimento a todos os amigos e familiares que me incetivaram no processo de construção deste trabalho.

## RESUMO

O objetivo deste trabalho foi analisar os artigos publicados no 16º Congresso de Assistentes Sociais (CBAS), em 2019, que abordaram o processo de adoecimento por câncer e cuidados paliativos em oncologia, para compreender como o Serviço Social tem se posicionado em relação a temática. Este trabalho fez o uso da teoria crítica para discorrer acerca dos determinantes sociais do processo saúde-doença, compreender acerca das desigualdades socioeconômicas, do desemprego estrutural, da precarização das relações de trabalho e da devastação do meio-ambiente, em que a lógica do capital estabelece não só os processos de exploração da força de trabalho e as formas de consumo da sociedade, mas também provoca impactos no adoecimento oncológico. A partir da análise dos trabalhos do 16º CBAS, foram identificados 24 artigos de 1741 trabalhos aprovados na edição mais recente do congresso, sendo 44% dos artigos elaborados por profissionais de Serviço Social que atuam no âmbito da oncologia. A pesquisa tem caráter documental e para a sua elaboração buscou-se os descritores “câncer”, “adoecimento oncológico” e “cuidados paliativos” na tabela das publicações. Com base no estudo dos trabalhos, constatou-se as concepções sobre saúde, sobre a política social no âmbito da oncologia, a intervenção do Serviço Social e as ações voltadas para os cuidados da população adoecida por câncer as quais foram apontadas pelos assistentes sociais. O estudo permitiu compreender sobre as repercussões do adoecimento oncológico na vida dos usuários e seus familiares e que, embora, o percentual de trabalhos sobre a temática no CBAS represente apenas 1% do total de trabalhos, os assistentes sociais fora do meio acadêmico, continuam mantendo a reflexão crítica e produzindo estudos sobre a temática.

**Palavras-chave:** Oncologia, Câncer, Serviço Social.

## **ABSTRACT**

The objective of this study was to analyze the articles published at the 16th Brazilian Congress of Social Workers in 2019 that addressed the process of illnesses from cancer and palliative care in oncology, to understand how the social workers has positioned about the theme. This study used critical theory to discuss the social determinants of the health-disease process, to understand about socioeconomic inequalities, structural unemployment, the precariousness of labor relations and the damage to the environment, in which the logic of capital it establishes not only the processes of exploitation of the workforce and the forms of consumption in society, but it also has an impact on oncological illness. From the analysis of the works of the 16th CBAS, 24 works from 1741 works approved in the most recent edition of the congress were identified, with 44% of the articles written by Social Work professionals working in the field of oncology. The research has a documentary character and for its elaboration, the descriptors "cancer", "cancer illness" and "palliative care" were sought in the publications table. Based on the study of the works, the conceptions about health, about social policy in the field of oncology, the intervention of Social Work and actions aimed at the care of the population sick with cancer, pointed out by social workers, were found. The study allowed us to understand the repercussions of oncological illness in the lives of users and their families and that, although the percentage of works on the subject in CBAS represents only 1% of the total work, social workers outside the academic environment, continue maintaining critical reflection and producing studies on the subject.

**Key-words:** Oncology, Cancer, Social Work.



## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1-** Mapa mundial da ocupação do câncer como a principal causa de morte até 70 anos de idade no ano de 2019 ..... 34
- Figura 2-** Mapa mundial do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)..... 34
- Figura 3-** Comparação das estimativas da Segurança Alimentar no Brasil de 2004 a 2020 ... 44

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Relação do total das produções do 16º CBAS e os trabalhos sobre oncologia e cuidados paliativos. ....	48
<b>Gráfico 2:</b> Relação dos autores com o vínculo institucional .....	53

## LISTA DE ABREVIACOES E SÍMBOLOS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
DHAA	Direito Humano à Alimentaco Adequada
DNDCD	Departamento Nacional de Doenças Crnico-Degenerativas
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
IA	Insegurança Alimentar
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IDH	ndice de Desenvolvimento Humano
NOB	Normas Operacionais Básicas
OSS	Organizaes Sociais da Saúde
PCC	Programa de Controle do Câncer
PNCC	Plano Nacional de Controle do Câncer
PNPCC	Política Nacional para a Preveno e Controle do Câncer
Pro-Onco	Programa de Oncologia
Rede PENSSAN	Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar
SICC	Sistema Integrado de Controle do Câncer
SUS	Sistema nico de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NA CONTEMPORANEIDADE COM ENFOQUE NAS AÇÕES GOVERNAMENTAIS VOLTADAS PARA A POPULAÇÃO COM CÂNCER .....</b>	<b>16</b>
2.1 Fundamentos Teóricos do Modo de Produção Capitalista .....	16
2.2 Breve contexto histórico da Política de Saúde no Brasil: limites e possibilidades de sua efetivação nos contextos de globalização do capital e do neoliberalismo .....	21
2.3 Políticas Públicas de Saúde para o controle do câncer .....	28
<b>3 ADOECIMENTO POR CÂNCER: ALGUMAS REFLEXÕES.....</b>	<b>33</b>
3.1 A incidência de câncer no Brasil e seus determinantes sociais .....	33
3.2 Exposição ambiental e ocupacional como fatores de risco de câncer .....	38
3.3 O impacto da industrialização nos hábitos alimentares e o adoecimento oncológico ....	42
<b>4 AS CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL PARA A DISCUSSÃO DO ADOECIMENTO ONCOLÓGICO: UMA ANÁLISE DOS TRABALHOS APRESENTADOS NA 16ª EDIÇÃO DO CBAS .....</b>	<b>47</b>
4.1 CBAS: Perfil das produções acadêmicas sobre cuidados paliativos oncológicos .....	47
4.2 Discussões e análises .....	54
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>62</b>
<b>6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>64</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um dos principais problemas de saúde pública no mundo e vem se ampliando no decorrer dos anos. No Brasil, as estimativas constam que “para cada ano do triênio 2020-2022 [...] ocorrerão 625 mil casos novos de câncer” (INCA, 2019, p.25). O aumento da incidência da doença está associado a uma maior exposição dos indivíduos aos fatores de risco, esses que são desenvolvidos a partir da modificação dos padrões de vida.

O processo de adoecimento oncológico reflete as questões coletivas da sociedade, visto que se trata de um fator vinculado a questão de saúde pública, onde a crise estrutural do capitalismo não só intensifica os impactos do adoecimento, como diminuem a possibilidade de enfrentamentos da doença.

Além disso, a população acometida por câncer é constantemente estigmatizada de forma negativa, o que compromete ainda mais a qualidade de vida desses indivíduos. Por isso, visa-se, neste trabalho, contribuir para evidenciar as demandas da população que percorre o processo de adoecimento oncológico, que podem ser apresentadas no espaço do trabalho profissional do assistente social e que se manifestam como um problema de saúde pública.

O interesse pela temática surge devido a vivência como familiar de quem sofreu os impactos físicos, emocionais e sociais advindos do processo de adoecimento oncológico. A passagem e o luto pela perda de um ente querido motivou-me a escolha do câncer como tema de pesquisa. Por isso, enquanto acadêmica de Serviço Social, busca-se ampliar a compreensão das demandas postas à profissão pelos usuários portadores de câncer, entendendo que a doença acarreta dores físicas, emocionais, complicações sociais e econômicas, não só aos sujeitos adoecidos, como também a seus familiares.

Sendo assim, alguns questionamentos foram sendo elaborados: Quais são as políticas públicas voltadas para população acometida por câncer? Como se realiza as ações interventivas do Serviço Social na garantia dessas políticas públicas? O estudo sobre o adoecimento oncológico é recorrente nas publicações do Serviço Social? As análises dos assistentes sociais contemplam os determinantes sociais do processo saúde-doença, se fazem presentes nestas publicações?

Diante desses questionamentos, elabora-se esta pesquisa que objetiva mapear e analisar os artigos que abordem sobre o processo de adoecimento oncológico publicados no 16º

Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), esse que representa para a categoria de Serviço Social um espaço onde se manifesta a articulação das entidades da profissão, da atuação profissional e estudantil com os debates, lutas e elaborações teóricas da profissão. Posto isso, discorre-se acerca dos determinantes sociais do processo saúde-doença, a partir da análise das desigualdades socioeconômicas, do desemprego estrutural, da precarização das relações de trabalho e da devastação do meio-ambiente, bem como elucida-se a respeito da política de saúde na contemporaneidade, pensando nas ações voltadas para os cuidados em saúde da população adoecida por câncer.

Utiliza-se como metodologia de pesquisa o levantamento e a análise bibliográfica, assim como o estudo documental dos artigos do 16º CBAS e dados estatísticos sobre a temática do câncer. Buscou-se os descritores “câncer”, “adoecimento oncológico” e “cuidados paliativos” nas listas de trabalhos publicados da edição mais recente do congresso, realizando a separação dos artigos que possuíam em seu título, um ou mais descritores mencionados. Em seguida, foi realizada a leitura e análise do conteúdo dessas publicações acadêmicas.

Inicialmente o trabalho se desenvolve a partir da compreensão sobre a política de saúde no Brasil na contemporaneidade visando, primeiramente, o entendimento sobre os fundamentos sócio-históricos do modo de produção capitalista e seguindo pelo contexto histórico da saúde no país. Elabora-se primeiro esse processo para fundamentar o entendimento sobre as principais medidas tomadas em relação ao controle do câncer e de como se constituem os obstáculos para a efetivação das ações voltadas para essa população no contexto da saúde na atualidade.

Em seguida, o segundo capítulo busca levar a reflexão sobre as relações entre o trabalho, meio ambiente, hábitos alimentares e saúde, as quais são determinadas pelo modo de produção capitalista. Posto que, a lógica do capital constitui não só os processos de exploração da força de trabalho e as formas de consumo da sociedade, como também provoca impactos degradantes no meio ambiente, o que está diretamente relacionado ao processo de adoecimento por câncer.

Por fim, no terceiro capítulo busca-se compreender como o Serviço Social vem se posicionando em relação a temática do adoecimento oncológico a partir da análise dos trabalhos do CBAS, onde os assistentes sociais transcrevem suas experiências, manifestando a intervenção do Serviço Social no âmbito da oncologia e buscando a reflexão e aprofundamento da prática profissional no processo de compreensão da realidade.

A pesquisa visa esclarecer a realidade vivenciada pela população adoecida por câncer, buscando o aprofundamento dos aspectos sociais e econômicos, das condições de vida dos mesmos e das ações interventivas do Serviço Social nessa realidade. Portanto, espera-se que este trabalho possa ampliar a compreensão acerca das dificuldades no processo de adoecimento oncológico, as quais são determinadas pelo modo de produção capitalista, junto a conjuntura atual de privatização dos serviços de saúde e contrarreformas das políticas sociais.

## **2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NA CONTEMPORANEIDADE COM ENFOQUE NAS AÇÕES GOVERNAMENTAIS VOLTADAS PARA A POPULAÇÃO COM CÂNCER**

As políticas sociais não estão alheias a realidade econômica em que se inserem, visto que se tratam do resultado das articulações entre classes inseridas no contexto do modo de produção capitalista. Nesse sentido, a política de saúde brasileira está vinculada às relações sociais de produção definidas entre trabalhadores e capitalistas, inserida na correlação de forças de uma determinada realidade (FALEIROS, 1991, p.33).

Segundo Faleiros (1991, p.34), é por meio da contradição do antagonismo entre classes, onde trabalhadores e capitalistas demandam ao Estado seus interesses, esse que é atravessado pelas forças e lutas sociais, condicionando a articulação das exigências econômicas e das demandas dos trabalhadores. Portanto, este capítulo retrata a política de saúde no Brasil, a partir da análise dos fundamentos sócio-históricos do modo de produção capitalista, seguindo pelo contexto histórico da saúde no país, destacando as principais medidas tomadas em relação ao controle de câncer e o contexto da saúde nos dias atuais, com os obstáculos para a efetivação das ações voltadas para a população com câncer.

### **2.1 Fundamentos Teóricos do Modo de Produção Capitalista**

Segundo Lukács (2013 apud PASSOS, 2016, p.283), o trabalho é a interação direta entre o ser social e a natureza. Tal compreensão ontológica refere-se às condições importantes para a existência e sobrevivência humana, nas quais, através do trabalho, ocorre a transformação da natureza, a transformação do indivíduo e de si mesmo, e as alterações das relações sociais. No processo de transformação da natureza novas necessidades de existência foram formadas e o ser social percorre novos processos, expressos tanto na sua força de trabalho quanto no seu objeto e em seus instrumentos. Por ser o único ser que pode agir racionalmente, seu comportamento é teleológico, pois quando ele age sobre a natureza para transformá-la, antes a projeção do resultado esperado aparecerá em sua consciência. Portanto, é a maneira em que se transforma a natureza que distingue o ser social dos animais.

No contexto de busca da satisfação material humana, novos processos, objetos e instrumentos se constituem, assim como as novas necessidades e habilidades. A modificação da natureza na existência social atende às suas necessidades, transformando-se, gerando



relações sociais e compoendo sua natureza humana. As relações sociais se misturam aos comportamentos gerados pelas condições materiais, o que determina o indivíduo, seu comportamento e ideias, a partir do desenvolvimento das forças produtivas e de suas trocas. Portanto, a consciência é moldada e determinada de acordo com a realidade vivida pelos seres sociais (PASSOS, 2016, p.284).

O processo de transformação da natureza a partir de uma determinada necessidade ontológica é apropriado pelo capitalismo e se torna mercadoria, o trabalho humano é oculto e os produtos do trabalho aparecem na forma de relações sociais. É nesse cenário em que a alienação e a desigualdade social ocorrem, levando o enriquecimento de um pequeno grupo de pessoas e em função das necessidades sociais da grande maioria (MARX, 2013 apud PASSOS, 2016, p.286). É no final do século XVIII e na primeira metade do século XIX, que ocorre a Revolução Industrial por meio da estruturação das indústrias, é o marco da transição do período feudal para o capitalismo. Embora o surgimento do modo de produção capitalista não tenha sido imediato, a modificação das relações sociais de produção nesta fase começou a definir a relação entre capitalistas e classe trabalhadora (SANTOS; YENDO, 2019, p.5).

Pode-se considerar que as bases da construção do sistema capitalista foram constituídas a partir do processo de acumulação primitiva, que por sua vez decorreu-se da expropriação de terras do povo. O processo de expropriação correspondeu-se na retirada violenta de terras dos camponeses, um processo não harmônico que separou os trabalhadores dos seus meios de subsistência tornando-os em capital. As terras que garantiam o sustento desse povo eram detidas por direito, quando os senhores feudais expulsaram os camponeses dessas terras, todo direito sob ela é completamente ignorado, se perde seu principal meio de sobrevivência e assim são lançados ao mercado de trabalho (MARX, 2013, p. 341).

A acumulação primitiva que deu início ao modo de produção capitalista, fundamenta a construção da propriedade privada, assim como a idealização do trabalho livre, visto que, posteriormente, a retirada das terras dos trabalhadores tem-se a argumentação de que os mesmos teriam acesso ao trabalho livre. No entanto, tal liberdade apresenta-se de forma contraditória, afinal, os trabalhadores não possuíam outra opção a não ser vender sua força de trabalho. Dessa maneira, restaram então àqueles que não possuíam os meios de produção sua força de trabalho, que era vendida aos proprietários desses meios (MARX, 2013, p. 355).

A teoria marxista aponta que o trabalho em uma sociedade capitalista é regulado por produtores individuais, por meio da troca de coisas. Dessa maneira, os pequenos comerciantes

agem de forma isolada, reafirmando a propriedade privada e se dividindo em capitalistas trabalhadores, industriais e latifundiários. Essa forma isolada de organização mercantil proporciona a criação de valor, pois é uma relação de produção entre pessoas vinculadas a mercadoria. A lei do valor determina que as mercadorias devem ser trocadas de acordo com o tempo de trabalho socialmente necessário para a produção dessas mercadorias. No entanto, o valor é considerado como coisa porque suas relações de produção são baseadas na troca de mercadorias. Portanto, trata-se de uma relação contratual, a qual exprime uma relação entre coisas e não entre pessoas. Com isso, tem-se o surgimento de novos instrumentos de produção, da divisão do processo de trabalho, da concepção de troca, além do afastamento entre produtores, terras e os meios de produção (SANTOS; YENDO, 2019, p.4).

Destaca-se que os fatores “pobreza” e “desigualdade”, existiam antes mesmo do surgimento do modo de produção capitalista. Devido ao baixo desenvolvimento das forças produtivas e a escassez de produtos, a pobreza já se apresentava de maneira significativa no sistema Feudal, assim como também a desigualdade se manifestava pelo escravismo, na exploração do trabalho e propriedade privada. A principal diferença é que esses fatores são socialmente produzidos no sistema capitalista. Com ampliação das indústrias, a modernização, com a inclusão das máquinas, a produção de riquezas aumentou, entretanto o modo de produção capitalista fez com que a produção de riquezas crescesse da mesma forma que a formação da pobreza, gerando assim a desigualdade social (SANTOS, 2012, p.28). Por esse apontamento, entende-se que o problema da pauperização e desigualdade gerada pelo capitalismo não é a falta de produtos, mas a má distribuição dos mesmos. Como afirma Guerra et al. (2007, p.3):

Somente com a ordem capitalista este “pauperismo” recobre-se de novos contornos, tendo em vista que sua novidade revela-se exatamente na escassez das condições mínimas de sobrevivência humana em meio à incessante capacidade de geração da abundância. Dito de outra forma: o desenvolvimento das chamadas forças produtivas não acompanhou a elevação nos níveis e condições de reprodução social. O pauperismo do século XIX passou a fazer parte da agenda de debates da burguesia dirigente quando “lamentavelmente para a ordem burguesa que se consolidava, os pauperizados não se conformaram com a sua situação (...), configurando uma ameaça real às instituições sociais vigentes” (NETTO, 2001:43). Assim, a “questão social” está relacionada aos seus desdobramentos políticos.

No século XIX, o modo de produção capitalista agregava uma classe trabalhadora que se submetia as exigências do capital, visto que o domínio do empregador sobre o empregado já estava consolidado. Esse modo de produção ampliou a pauperização e provocou diversos problemas na saúde e na vida social dos trabalhadores. Com a evolução das máquinas, tinha-se a possibilidade da diminuição do período de trabalho, entretanto, isso não ocorria, o volume da produção aumentava e carga de trabalho dos operários não reduzia. Os diversos problemas

ocasionados pelo modo de produção capitalista junto com a urbanização que ocorreu por conta da concentração dos trabalhadores ao redor das indústrias, produziram consequências na vida dos operários, como a diminuição da expectativa de vida dessa população, fome, baixos salários e os problemas de infraestrutura urbana. Tem-se, portanto, as claras expressões da “questão social”, que são socialmente produzidas pelo sistema (SANTOS,2012, p.28).

É importante enfatizar que a questão social não está relacionada só ao resultado da contradição entre as bases do modo de produção vigente e o trabalho, mas também a manifestação e protagonismo da luta de classes e sua resistência às imposições do sistema capitalista. Definida pelos autores:

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão (CARVALHO; IAMAMOTO, 1983, p.77 apud MACHADO, 1999, p.42).

Com a passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, no final do século XIX e que vigora até os dias atuais, a sociedade burguesa aumenta a sua maturidade histórica, possibilitando aquilo que já era pretendido, tornar mais amplo e complicado os métodos que afirmam a sua dinâmica, isto é, o capitalismo monopolista realizou a viabilização de um objetivo primário, que é o aumento de lucros por meio do controle dos mercados (NETTO, 2011, p.19). Nesse sentido, Netto (2011, p.21) aponta as principais características do capitalismo monopolista:

Na prossecução da sua finalidade central, a organização monopólica introduz na dinâmica da economia Capitalista em leque de fenômenos que deve ser sumariado: a) Os preços das mercadorias (e serviços) produzidas pelos monopólios tendem a crescer progressivamente. b) as taxas de lucro tendem a ser mais altas nos setores monopolizados. c) a taxa de acumulação se eleva, acentuando a tendência descendente (Mandel, 1969, 3:99-103) a tendência ao subconsumo. d) o investimento se concentra nos setores de maior concorrência, uma vez que a inversão nos monopolizados torna-se progressivamente mais difícil (logo, a taxa de lucro que determina a opção de investimento se reduz. e) cresce a tendência a economizar o trabalho “vivo”, com a introdução de novas tecnologias. f) Os custos de venda sobem, com um sistema de distribuição e apoio hipertrofiado, - o que, por outra parte, diminui os lucros adicionais dos monopólios e aumenta o contingente de consumidores improdutivos.

O capitalismo monopolista eleva a sua contradição inata entre a distribuição das riquezas e a apropriação privada. De uma maneira globalizada, a produção e os grupos de monopólios determinam o controle sobre as populações e o Estado. A intervenção estatal é organizada para afirmar os lucros dos monopólios, logo, como poder político e econômico, o

Estado executa diversas funções as quais são determinadas através da economia. Por isso, Netto (2011, p.26) afirma:

Vale dizer: o Estado funcional ao capitalismo monopolista é, no nível das suas finalidades econômicas, o 'comitê executivo' da burguesia monopolista - opera para propiciar o conjunto de condições necessárias à acumulação e a valorização do capital monopolista.

Dessa maneira, o desenvolvimento do capitalismo monopolista reforça a relação de mercantilização da força de trabalho, transformando a forma de produção e reprodução da vida material e social aos moldes capitalistas, impossibilitando outras formas de reprodução da vida social, isto é, as relações de mercado tornaram-se a única forma possível de atender às necessidades sociais. Portanto, com o desenvolvimento das relações sociais capitalistas, a organização familiar, que é o cerne da produção e do consumo, passou a ser um exemplo de valores criados como necessidades e de padrões de um determinado estilo de vida (CEOLIN, 2014, p.245).

No modo de produção capitalista a capacidade laboral do trabalhador só se materializa quando exigida pelo capital. Portanto, para suprir suas condições de vida é necessário a mediação do mercado, o que ultrapassa os interesses do trabalhador. À vista disso, o capital apropria-se do trabalho excedente e do trabalho necessário à reprodução da força produtiva, submetendo a classe trabalhadora a condições precárias sem atender as suas necessidades básicas. Portanto, o desenvolvimento urbano e industrial, bem como o aprofundamento da contradição entre capital e trabalho manifestam-se cada vez mais na precarização do trabalho e no desemprego estrutural (CEOLIN, 2014, p.247).

A reorganização do capital que obedece à lógica da globalização do sistema desenvolveu a internacionalização da produção e dos mercados, redefinindo o papel dos Estados, exigindo políticas de ajustamento estrutural, atualizando as suas formas de intervenção nas expressões da questão social e modificando os padrões das políticas públicas. Surge então a necessidade de Estados dóceis à influência do neoliberalismo e que da mesma maneira transforme essas necessidades em políticas (CEOLIN, 2014, p.252).

É importante destacar essa discussão, pois o adoecimento oncológico é um processo que abrange não só as singularidades dos sujeitos, mas também as questões coletivas da sociedade, assim como o acesso a saúde e as expressões da questão social no país. A crise estrutural do capitalismo intensifica os impactos do adoecimento e diminuem a possibilidade de enfrentamentos da doença.

## **2.2 Breve contexto histórico da Política de Saúde no Brasil: limites e possibilidades de sua efetivação nos contextos de globalização do capital e do neoliberalismo**

No século XX, a história da saúde no Brasil se desenrolou sob contradições de diferentes interesses. A formação das políticas de saúde na Primeira República no Brasil envolve a coletivização das primeiras ações contra o pauperismo e o surgimento das políticas sociais (MENDES et al, 2011, p.333) as quais sucedem da articulação entre as demandas sociais e os interesses do mercado na manutenção da força de trabalho e da ordem social.

Com o fim do período de expansão econômica e a tentativa de abertura da política nos anos 70, surgiram questões relacionadas às políticas sociais de saúde do governo. O desgaste do modelo médico privatista e a crise financeira nacional impactaram diretamente na previdência social, consolidando a necessidade de mudanças na realidade sanitária brasileira. A prática médica desse cenário não conseguia alterar efetivamente a taxa de morbimortalidade, pois era baseada em práticas de cura e reabilitação, os custos crescentes não permitiam a sua expansão, existia a falta de padronização para aquisição de serviços em hospitais privados e a população estava cada vez mais insatisfeita com os serviços prestados pela seguridade social para atender às necessidades de saúde (MENDES et al, 2011, p.333).

O Brasil vivia uma movimentação política no final da década de 70 em razão da crise provocada pela ditadura burguesa, diante disso, diversos movimentos e entidades sociais surgiram em todos os âmbitos da vida social. Embora existam diferenças em relação as demandas sociais, a sociedade civil articulava-se motivada pela oposição à ditadura militar e em defesa da democratização do país. O processo de aprofundamento da dependência econômica estabelecido durante a ditadura militar foi produzido através da expansão do mecanismo de exploração do trabalho, o que acabou fortalecendo a politização da classe trabalhadora brasileira. Assim, ao mesmo tempo que as contradições dentro da própria ditadura burguesa começavam a se formar, a sociedade progredia e exigia mudanças políticas. Foi nesse contexto que se ampliaram os movimentos sociais no Brasil, com a formação de espaços de luta e de ação coletiva, os quais buscavam a legitimidade dos direitos, da dignidade e da cidadania (MENDES et al, 2011, p.334).

É entre o cenário de movimentos sociais que surge o Movimento de Reforma Sanitária, como resultado da luta e mobilização dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e sociedade civil, com o objetivo de modificar o sistema de saúde médico-curativo.

A Reforma Sanitária promoveu a participação de novos sujeitos na construção das políticas sociais por meio de Conselhos e Conferências de Saúde, esses que constituem parâmetros à sociedade em suas demandas na formação dos conhecimentos, bem como na transparência da utilização dos recursos financeiros e das ações dos governos. Por esses mecanismos é possível também garantir o exercício do Estado voltado para as demandas da sociedade, sustentado na concepção democrática e de direito, exigindo sua responsabilidade pela construção das políticas sociais de saúde (SILVA; BARROS JÚNIOR, 2013, p.6). Nesse sentido, destaca-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual, segundo Bravo (2001a apud OLIVEIRA, 2009a, p.24) foi:

[...] um marco fundamental para a discussão da questão da saúde no Brasil, propondo o SUS e a Reforma Sanitária. Os temas centrais foram: A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. Assim os debates saíram dos seus fóruns específicos e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população.

Com isso, transforma-se a concepção de saúde, que passa a ser entendida como bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença. De forma mais ampla, a saúde é compreendida como:

[...] um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno, é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente, a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo [...] (AUROCA, 1987, p.36 apud OLIVEIRA, 2009a, p.25)

As características do movimento da Reforma Sanitária estão baseadas no processo de pensar a saúde como direito universal, amparado por um sistema único e voltado para a integralidade e equidade<sup>1</sup>. Tem-se, portanto, a ampliação da consciência sanitária dos cidadãos,

---

<sup>1</sup> O princípio da equidade está relacionado a busca pela redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, apesar dos serviços serem universais, as populações não são iguais, logo, possuem diferentes necessidades. Dessa maneira, investe-se mais onde a necessidade é maior. Já o princípio da integralidade visa considerar os sujeitos como um todo, assistindo a todas as suas necessidades. Por isso, busca-se a articulação da saúde com as outras áreas para garantir uma atuação intersetorial, a fim de manter o bem-estar dos indivíduos.

o desenvolvimento de novas éticas profissionais e o estabelecimento de mecanismos de gestão e controle público estabelecidos de forma permanente (MENDES et al, 2011, p.334).

A principal preocupação na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) era garantir que o Estado cumprisse suas funções sociais por meio da compreensão de um Estado democrático e de direito na responsabilidade pelas políticas de saúde. De acordo com Mendes et al. (2011, p.334), em relação aos fundamentos do SUS, destaca-se:

[...] a democratização do acesso, a universalização das ações, a descentralização, a melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um modelo assistencial pautado na integralidade e a equidade das ações. Sua premissa básica consiste na saúde como direito de todos e dever do Estado, o que deixa evidente o significativo avanço constitucional promulgado na Constituição de 1988 – o SUS, integrante da Seguridade Social e uma das proposições da Reforma Sanitária – e regulamentado em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 apud MENDES et al, 2011, p. 334).

A política de descentralização do SUS é realizada através das Normas Operacionais Básicas (NOBs), que regularam a organização do sistema de saúde, estabelecendo as formas de transferências de recursos e definindo o modelo de atenção, que passa do campo federal para o estadual e municipal. Destaca-se a NOB-96, a qual promoveu um avanço no processo de descentralização, que, de acordo com Brasil (1996):

[...] esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine: a) os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única; b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS; c) os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas; d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade; e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

Tem-se, portanto, o aprofundamento do controle social, visto que a presença da sociedade civil na construção, execução e monitoramento das políticas sociais é ampliada (OLIVEIRA, 2009a, p.30).

No início dos anos 90 surgiram novos projetos de disputa em razão da crise econômica e política do país, as quais foram características da realidade da saúde ao longo da história e que se intensificam na primeira década do século XXI. A mercantilização e o processo de privatização dos serviços de saúde, são realidades que se mantêm até os dias atuais, o qual reflete no desmonte do sistema único de saúde, junto com a contrarreforma do Estado, com a

refilantropização da assistência<sup>2</sup> social e com a ampliação do setor privado no campo das políticas sociais, que também são exemplos desse processo crescente no país (MENDES et al, 2011, p.335).

Sabe-se que, mesmo com as conquistas da Constituição de 88 a política de saúde pública continua sob ameaça do capital. A história da política de saúde brasileira está associada ao desenvolvimento político-social e econômico do país, as lutas e os movimentos sociais motivaram a construção do Estado, mas a saúde pública continua sofrendo com a influência do capitalismo nacional e internacional (MENDES et al, 2011, p.335). Portanto, a crise na saúde pública não está descolada da crise do capitalismo nos seus moldes sociais determinantes.

A situação de saúde brasileira nos dias atuais é marcada pelas mudanças devido a rápida transição demográfica que o país tem percorrido. Em razão disso, há o vasto aumento de uma série de doenças, sendo 66,2% doenças crônicas (MENDES, 2013, p.29), em outras palavras, o país passa por um cenário epidemiológico, com a predominância das doenças crônicas e seus fatores de risco. Além disso, a realidade da saúde pública no Brasil é retratada pelo investimento irregular de orçamentos ao SUS, pela baixa infraestrutura, a falta de leitos que afeta o acesso a cirurgias e atendimentos de emergência, a carência de profissionais nas unidades de saúde, o que acaba gerando a superlotação nos hospitais, bem como a ausência de tratamentos de determinados tipos de cânceres (MACIEL, 2015, p.10).

Constata-se que o gasto público em saúde no Brasil associado ao gasto total em saúde é de somente 47%, já nos países que também possuem sistemas universais de saúde apresenta-se um gasto de no mínimo 70% do total em saúde. Trata-se, portanto, de um desafio para concretizar na realidade social um sistema que garanta a universalidade de acesso aos serviços (MENDES, 2013, p.31) considerando o aumento do gasto privado na saúde no decorrer dos anos, o qual torna-se cada vez mais contínuo. À vista disso, Machado (2017 apud MENDES; CARNUT, 2018, p. 1113) afirma:

[...] observa-se um crescimento significativo dos gastos tributários em saúde como forma de pressão do capital. Dentre os gastos totais tributários do governo federal apresentados no Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) para 2018, a saúde constitui o terceiro maior montante, representando, aproximadamente, 14% – o que corresponde a R\$ 39 bilhões de renúncias fiscais em saúde. Fica perceptível o aumento de tendência discricionária dos gastos tributários quando se compara o PLOA de 2018 ao de 2017, que registrou R\$ 32 bilhões de renúncias fiscais em saúde.

---

<sup>2</sup> A assistência à população é destituída como dever do Estado, passando a responsabilidade da execução das políticas sociais para o campo da filantropia, como o campo do terceiro setor, que torna o principal executor do atendimento às demandas sociais (LEITE, 2011, p.4)



Nesse sentido, Mendes e Carnut (2020, p.25) reafirmam que as renúncias fiscais na área da saúde têm contribuído para agravar o financiamento do SUS, conforme os autores:

As renúncias fiscais, na área da saúde vêm aumentando significativamente no período recente prejudicando que o SUS possa contar com recursos públicos mais elevados. Tais renúncias são referentes ao Imposto de Renda (pessoa física-IRPF e jurídica-IRPJ) que apresenta despesas com serviços de saúde privados e também às concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais filantrópicos), além das relativas à indústria farmacêutica. O total das renúncias fiscais concedidas à saúde privada vem crescendo de forma considerável, passando de R\$ 8,6 bilhões, em 2003; para R\$ 32,3 bilhões, em 2015. Particularmente, no tocante ao montante da renúncia do IRPF e do IRPJ, no mesmo período, passaram de R\$ 3,7 bilhões para R\$ 11,7, bilhões e de R\$ 1,2 bilhões para R\$ 4,5 bilhões, respectivamente (OCKÉ-REIS, 2018 apud MENDES; CARNUT, 2020, p.25).

O projeto privatista<sup>3</sup>, o qual entende a saúde como mercadoria, tem negado o caráter universal da saúde pública e impondo a focalização da assistência, precarização do trabalho e dos serviços públicos. A privatização e o desfinanciamento do sistema público de saúde impossibilitam a consolidação de uma política pública de acesso universal, o que ocasiona no desmonte do SUS (BRAVO; CORREIA, 2012, p.138).

O Estado tem desenvolvido políticas que estimulam a atuação privada no setor de saúde. Segundo Moraes (2018, p.3), as Organizações Sociais da Saúde (OSS)<sup>4</sup> tratam-se de um exemplo da materialização do movimento crescente de privatização dos serviços públicos. Com as OSS, os governos tem incentivado a construção de um mercado interno no âmbito da saúde, ampliando a transferência dos recursos públicos para o setor privado, assegurando os instrumentos legais para a execução desse modelo e, assim possibilitando que as políticas de saúde se mantenham na lógica de mercado.

Sabe-se que, o Estado usa o discurso da crise econômica para adotar as privatizações, a tendência dos projetos privatistas pela sociedade brasileira ocorre por meio da mercantilização da saúde e da reprodução social, em oposição à própria democracia constitucional e à política de saúde, atingindo principalmente a classe trabalhadora. O Brasil passa por um contexto ultraliberal, fascista, retrógrado e entreguista, conseqüentemente, o Estado não assume as necessidades da classe que produz a riqueza, o que reflete no desmonte do SUS (SILVA; CORREIA; SANTOS, 2021, p.207), conforme Netto (1993 apud SILVA; CORREIA;

---

<sup>3</sup> A privatização no país tem ocorrido por meio do Estado que nega sua responsabilidade sob os serviços públicos permitindo que as iniciativas privadas assumam esses deveres.

<sup>4</sup> As OSS fazem parte do terceiro setor e surgem como nova modalidade associada a gestão e fornecimento de serviços de saúde, vinculados ao método das parcerias entre o público e o privado (MORAIS, 2018, p.2).

SANTOS, 2021, p.207) trata-se de um “Estado mínimo para a classe trabalhadora e máximo para o capital”.

Ademais, o Estado fundamentado nos ideais neoliberais esgota suas estratégias para conter a crise do capital, dando continuidade ao projeto de privatizações na política de saúde, realizando contrarreformas e suprimindo a proposta original do projeto de reforma sanitária. Os últimos governos brasileiros têm acatado às necessidades do neoliberalismo para as demandas do mercado, o que incide sobre desmonte das conquistas sociais da classe trabalhadora e, por consequência, sobre as políticas sociais (SILVA; CORREIA; SANTOS, 2021, p.201).

O neoliberalismo é uma expressão da reorganização política e ideológica conservadora do capital em resposta à perda de lucratividade e governança que enfrentou na década de 70. O projeto neoliberal se manifesta na naturalização das desigualdades e no enfraquecimento das conquistas sociais da classe trabalhadora. Transformou as conquistas sociais em obstáculos ao desenvolvimento nacional e o Estado em objeto de reformas para se ajustar à lógica do capital globalizado. No processo do neoliberalismo a redução do gasto social e a desintegração do sistema público de seguridade social se manifestam em programas de privatização, descentralização, focalização e assistência emergencial. Em consequência, a sociedade tem sofrido os retrocessos com a precarização das relações de trabalho e o desemprego estrutural (CEOLIN, 2014, p.252).

De acordo com Faleiros (2009, p.112) o neoliberalismo pode ser entendido como um novo processo de estruturação econômica, com a efetivação de novas relações entre capital e trabalho, e que conseqüentemente, repercute na distribuição de renda, de recursos e de poder. Logo, pode-se dizer, que é a manifestação de um novo modo de acumulação capitalista, sustentado nas transformações tecnológicas e na mundialização do capital.

Muitas das propostas apresentadas no projeto do SUS não encontraram condições materiais para sua implementação devido ao estabelecimento da agenda neoliberal. Conforme Borlini (2010, p.327)

[...] a afirmação neoliberal nas políticas sociais brasileiras tem gerado um sucateamento em áreas como previdência, educação e saúde, o que leva a concluir que a proposta de democratização da saúde tem sido “destruída” em favor do projeto privatista (BRAVO, 2006). Assim, apesar de todo avanço político conquistado nos anos anteriores, a década de 1990 é caracterizada pela consolidação do projeto de saúde articulado ao mercado.

A modificação no cenário de acumulação tem gerado grandes conseqüências para a população, visto que se ampliou o arrocho salarial, o desemprego, cortes nos gastos sociais e

ambientes de trabalhos mais precarizados por meio da terceirização e do uso das máquinas (FALEIROS, 2009, p.112). A exemplo desse processo, Silva, Correia e Santos, destacam que:

[...] a criação da Emenda Constitucional 95/2016,<sup>11</sup> que institui um Novo Regime Fiscal no âmbito do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União, prevendo que durante vinte anos, as despesas primárias do orçamento público ficassem limitadas à variação inflacionária, o que indica um estrangulamento financeiro de todas as políticas sociais (FERRAZ; BERNARDES, 2018 apud SILVA; CORREIA; SANTOS, 2021, p.202)

O modelo de gestão do SUS é apresentado na sociedade como um problema a ser resolvido com a modernização do sistema, sendo os órgãos de gestão privada a única solução para tal, e não devido à insuficiência de recursos investidos no âmbito da saúde pública. A eficiência da propaganda do setor privado em relação aos problemas que o SUS enfrenta hoje, estimula muitos trabalhadores e usuários a apoiar os projetos de privatização da saúde pública (BRAVO; CORREIA, 2012, p.143).

Além disso, o SUS aparece para muitos como um recurso voltado àqueles que não tem acesso a saúde privada, visto que, o próprio Ministério da Saúde incentiva, através da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)<sup>5</sup>, a elaboração de planos de saúde com valores populares, o que fragiliza ainda mais o SUS (OLIVEIRA, 2018, p.11) e contribui para a privatização total dos serviços públicos de saúde, os quais passam a ser controlados pelo mercado. Esse fator revela que o Estado se torna um meio onde ocorre uma variedade de expropriações, em que se designa uma parte fundo público ao capital (COURI, 2021, p.59).

Portanto, segundo Couri (2021, p.59), a diminuição dos serviços públicos de saúde, junto com a ampliação dos sistemas privados, produz uma forma de expropriação social através do controle dos fundos públicos nas políticas sociais, as quais se tornam privatizadas, transferindo parcela desse fundo para a acumulação, e entendendo que ao reduzir o sistema público, induz a população à compra desses serviços no mercado privado. Além disso, impulsiona o trabalhador a sacrificar sua força de trabalho a qualquer valor, posto que os direitos, dentre eles o seguro-saúde, tornam-se reduzidos. Logo, a diminuição do sistema público da saúde retrata a lógica de valorização e reprodução ampliada do capital.

---

<sup>5</sup> A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde, que visa regular os planos de saúde e promover o desenvolvimento das ações de saúde no país. É também ofertado planos de saúde mais acessíveis, porém contata-se uma menor possibilidade de acesso aos serviços do que a própria ANS prevê como cobertura mínima obrigatória (COURI, 2021, p.139).

### **2.3 Políticas Públicas de Saúde para o controle do câncer**

Como já destacado, a instabilidade política e social dos anos 60 produziu grandes mudanças na saúde pública brasileira. Dessa forma, em 1973 foi criado o Plano Nacional de Controle do Câncer (PNCC) e em 1975 o Programa de Controle do Câncer (PCC). O PNCC visava organizar as ações da oncologia em âmbito nacional, incluindo as atuações conjuntas ao Ministério Público e à Previdência Social, já o PCC buscava ofertar tratamento gratuito também através da previdência social. Logo, em 1982, surge o Sistema Integrado de Controle do Câncer (SICC), organizado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e pelo Departamento Nacional de Doenças Crônicas-Degenerativas (DNDCD) do Ministério da Saúde (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012, p.379).

A consolidação do Sistema Único de Saúde proporcionou grandes mudanças no âmbito da oncologia. Em relação às ações associadas ao cuidado oncológico, esses fatores de mudança no sistema de saúde proporcionam a base para a formação de uma política concreta de controle do câncer.

Com a criação do SUS, a saúde no Brasil foi estabelecida como direito de todos e dever do Estado. O INCA (Instituto Nacional do Câncer) foi intitulado como órgão responsável pela formulação das políticas de saúde para o controle do câncer no Brasil e foi apontado como referência para a formulação de parâmetros e avaliação dos serviços oncológicos prestados ao SUS. O regulamento do Ministério da Saúde dá ao instituto a capacidade de consultar, executar e coordenar a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (ALVES; BARROS; MAGALHÃES, 2019, p.3).

O principal órgão do país responsável pelo controle e prevenção do câncer, o INCA, passou por um processo de transformação institucional. Dessa forma, ampliou-se a participação na elaboração de políticas, bem como foi lhe atribuído a responsabilidade pelos programas que antes era de responsabilidade do Ministério da Saúde. O Instituto passou a coordenar o Programa Nacional de Combate ao Fumo, realizou atividades educativas sobre prevenção e detecção precoce de outros tipos de câncer e passou a coordenar as ações desenvolvidas pelas secretarias do país (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012, p.379).

O Pro-Onco<sup>6</sup> também passou a ser uma responsabilidade do INCA, desenvolvendo a capacidade operacional e focalizando nas áreas da informação, educação, prevenção e buscando a integração com as secretarias municipais e estaduais de saúde, com os serviços e hospitais oncológicos, junto com as universidades e a sociedade civil (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012, p.379).

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2013. O objetivo é garantir que a mortalidade e as incapacidades produzidas pelo câncer sejam reduzidas, assim como a incidência de certos tipos de cânceres. Através do PNPCC também se propõe a melhoria da qualidade de vida dos pacientes oncológicos, promovendo a prevenção, o diagnóstico precoce, os tratamentos e os cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

A organização do PNPCC visa proporcionar aos indivíduos ações de atenção à saúde através da articulação dos diversos pontos, os quais são compostos pelo sistema de apoio, sistema de logística, supervisão e gerência da rede. A política é composta por princípios e diretrizes relacionados à promoção da saúde, prevenção do câncer, vigilância, monitoramento, avaliação, atenção integrada, ciência e tecnologia, e educação em saúde.

Segundo Brasil os princípios gerais da PNPCC apontam para:

I - reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível e necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; II - organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com respeito a critérios de acesso, escala e escopo; III - formação de profissionais e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde e para a implantação desta Política; IV - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; e V - a incorporação e o uso de tecnologias voltadas para a prevenção e o controle do câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS devem ser resultado das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e da Avaliação Econômica (AE) (BRASIL, 2013).

Em relação a promoção da saúde, o PNPCC busca identificar e intervir nos determinantes dos diversos tipos de cânceres, bem como formular ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil na promoção da saúde e qualidade de vida. (BRASIL, 2013). Entre as diretrizes destaca-se:

---

<sup>6</sup> O Pro-Onco (Programa de Oncologia) foi estabelecido em 1987, a sua estrutura tinha caráter educacional e informativo. O programa visava a construção de um serviço de abrangência nacional voltado para as ações de prevenção e controle do câncer (ABREU, 1997)

I - fortalecimento de políticas públicas que visem desenvolver ao máximo a saúde potencial de cada cidadão, incluindo políticas que tenham como objeto a criação de ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento de habilidades individuais e sociais para o autocuidado; II - realização de ações intersetoriais, buscando-se parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações de promoção da saúde; III - promoção de hábitos alimentares saudáveis como o aleitamento materno, exclusivo até os 6 (seis) meses de vida, e o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras, incluindo-se ações educativas e intervenções ambientais e organizacionais; IV - promoção de práticas corporais e atividades físicas, tais como ginástica, caminhadas, dança e jogos esportivos e populares; V - enfrentamento dos impactos dos agrotóxicos na saúde humana e no ambiente, por meio de práticas de promoção da saúde com caráter preventivo e sustentável; VI - desenvolvimento de ações e políticas públicas para enfrentamento do tabagismo, do consumo de álcool, do sobrepeso, da obesidade e do consumo alimentar inadequado, considerados os fatores de risco relacionados ao câncer; VII - promoção de atividades e práticas relacionadas à promoção da saúde a serem desenvolvidas em espaços que inclusive ultrapassem os limites dos serviços de saúde, chegando, por exemplo, às escolas, aos locais de trabalhos e aos lares; [...] (BRASIL, 2013).

A PNPCC apresenta a eliminação, redução e o controle de fatores de risco, sejam eles físicos, químicos ou biológicos, bem como as intervenções sobre seus determinantes socioeconômicos e ações integradas e de detecção precoce do câncer como princípios no âmbito da prevenção (BRASIL, 2013). Segundo Brasil, as diretrizes da prevenção do câncer na PNPCC, tratam-se:

I - fomento à eliminação ou redução da exposição aos agentes cancerígenos relacionados ao trabalho e ao ambiente, tais como benzeno, agrotóxicos, sílica, amianto, formaldeído e radiação; II - prevenção da iniciação do tabagismo e do uso do álcool e do consumo de alimentos não saudáveis; III - implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento ("screening") e diagnóstico precoce, a partir de recomendações governamentais, com base em ATS e AE; IV - garantia da confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos de câncer; e V - estruturação das ações de monitoramento e de controle da qualidade dos exames de rastreamento (BRASIL, 2013).

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo faz parte da PNPCC. Tem como finalidade diminuir a persistência do alto número de fumantes no Brasil, visto que o consumo ocasiona na morbimortalidade. O programa busca prevenir a iniciação do tabagismo entre os jovens e estimular o abandono do tabaco, assim como proteger a população da fumaça ambiental de cigarros e reduzir os danos causados aos indivíduos e à sociedade (BRASIL, 2006a, p.81). O Programa Nacional de Controle do Tabagismo compreende na:

[...] construção de um contexto social e político favorável ao controle do tabagismo; equidade, integralidade e intersetorialidade nas ações; criação de parcerias para enfrentamento das resistências ao controle do tabagismo; redução da aceitação social do tabagismo; redução dos estímulos à iniciação; redução do acesso aos produtos derivados do tabaco; promoção de ambientes livres da poluição da fumaça do tabaco; redução das barreiras sociais que dificultam a cessação de fumar; aumento do acesso físico e econômico ao tratamento de dependência do tabaco; controle e monitoramento dos produtos de tabaco, de conteúdos, emissões e embalagens a estratégias de marketing e promoção; e monitoramento e vigilância das tendências de consumo e de seus efeitos sobre a saúde, a economia e o meio ambiente (BRASIL, 2006a, p.81).

O câncer é uma doença que necessita de cuidado contínuo e que não necessariamente levará a cura. Nesse sentido, os cuidados paliativos em câncer tratam-se de um campo embasado nas concepções da Clínica Ampliada<sup>7</sup>, que abrange os diversos âmbitos da vida dos sujeitos, a fim de melhorar a qualidade de vida de maneira geral (AGUIAR; BARBOSA; CAVALCANTI, 2020, p.69).

Os Cuidados Paliativos surgiram no Reino Unido na década de 1960. Cecily Sanders<sup>8</sup> deu início a esse movimento, e o Hospital St. Christopher Hospice<sup>9</sup>, fundado em Londres em 1967, marcou o início dessa trajetória. Em 1990, a OMS definiu os conceitos e princípios de cuidados paliativos, originalmente destinada a pacientes com câncer, onde é recomendado que a oferta de atenção integral nos cuidados de final de vida. Dessa forma, os cuidados paliativos passaram a ser tão fundamentais na assistência ao adoecido por câncer, quanto a prevenção, o diagnóstico e o tratamento (GOMES; OTHERO, 2016, p.157).

O PNPCC afirma a necessidade dos cuidados paliativos em todo o processo de tratamento e reconhece os cuidados em diversos níveis de complexidade, desde a atenção primária até a de alta complexidade. Além disso, os cuidados paliativos, como parte essencial da assistência adequada ao usuário com câncer, tornaram-se importantes não só para levar qualidade de vida às pessoas em tratamento domiciliar e hospitalar, como também buscar intervenções que visem em uma melhor qualidade de morte<sup>10</sup> e assistência adequada aos familiares.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2012, p.73), os objetivos dos cuidados paliativos consistem em:

- Promover alívio da dor e de outros sintomas que causam sofrimento, buscando a melhora da qualidade de vida do paciente, o que pode influenciar positivamente o curso da doença.
- Integrar os aspectos físico, psicológico e espiritual no cuidado ao paciente, por meio de equipes interdisciplinares, com profissionais preparados para esse tipo de abordagem.
- Promover os cuidados e as investigações necessárias para

---

<sup>7</sup> A clínica Ampliada é um modelo de atenção o qual busca a integração das variadas áreas de conhecimento para o cuidado, fundamentado no entendimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença (BRASIL, 2009 apud AGUIAR; BARBOSA; CAVALCANTI, 2020).

<sup>8</sup> Cicely Saunders foi médica, assistente social e enfermeira, sendo a pioneira no movimento dos cuidados paliativos, acreditava na importância de amenizar a dor na fase final da vida (GOMES; OTHERO, 2016, p.157).

<sup>9</sup> Hospital que deu origem ao movimento Hospice que “constitui amplo programa de cuidados a pacientes com doenças avançadas e em fase terminal, albergando duas modalidades assistenciais: cuidados paliativos, comumente organizado em hospitais gerais, quer sob a forma de interconsulta ou com unidades próprias; e cuidado hospice, oferecido em locais geograficamente distantes de hospitais, chamados hospice, organizados para acolher pacientes que estão morrendo, ambos com extensão para assistência no domicílio.” (FLORIANI, 2014, p.398)

<sup>10</sup> “A qualidade de morte não engloba somente sinais e sintomas referentes à parte física e mental, mas também a dimensão social, espiritual, cognitiva, familiar, acessibilidade a mediações, acessibilidade ao serviço de cuidados paliativos com profissionais capacitados e experientes, entre outros.” (LENHANI, 2015, p.54)

melhorar a compreensão e o manejo das complicações clínicas que causam sofrimento ao paciente, evitando procedimentos invasivos que não levem à melhoria da qualidade de vida. • Oferecer suporte para auxiliar os pacientes a terem uma sobrevida o mais útil possível, de preferência usufruindo do ambiente familiar. • Oferecer suporte para a família no período da doença e depois do óbito, em seu próprio processo de luto. • Respeitar a morte como um processo natural do ciclo da vida, não buscando a sua antecipação ou o seu adiamento.

Nesse sentido, os cuidados paliativos são fundamentais para o processo de tratamento, não se busca a cura da doença, mas a qualidade de vida e o conforto. É tratar a morte como um processo natural, proporcionar alívio à dor e apoio para auxiliar os adoecidos e a família nas condições da doença, bem como no luto.

Em síntese, o diagnóstico do câncer e a taxa de sobrevivência para controlar a doença ou a expectativa da cura, é uma realidade cuja a sua possibilidade depende dos serviços de saúde, que requer infraestrutura, profissionais qualificados, equipamentos, insumos suficientes e políticas públicas eficazes capazes de concretizar os princípios de universalidade e qualidade de acesso. Ainda que exista políticas públicas voltadas para esse público, o cenário atual da saúde pública afirma uma realidade marcada pelo difícil controle de doenças.

Os retrocessos no campo da proteção social impactam diretamente na efetivação do tratamento e controle do câncer. O desmonte das políticas públicas e o sucateamento do SUS implicam não só no processo de tratamento dos pacientes, como também no acesso aos serviços de saúde oncológicos. A lotação dos hospitais, internações prolongadas, a dificuldade na continuidade do tratamento, esse que muitas vezes é inviabilizado, tratam-se de uma realidade marcadas pelo desfinanciamento da política de saúde e precarização do SUS, o que leva os sujeitos à perda das possibilidades de cura ou tratamento (OLIVEIRA, 2018, p.12).



### **3 ADOECIMENTO POR CÂNCER: ALGUMAS REFLEXÕES**

O entendimento das condições de vida, dos processos de saúde, da vulnerabilidade dos grupos sociais e da degradação ambiental está diretamente relacionada à análise das relações entre trabalho, meio ambiente e saúde, as quais são determinadas pelo modo de produção e consumo hegemônico de uma sociedade (GIONGO; MENDES; SANTOS, 2015, p.510). A maneira em que os hábitos alimentares são criados e a forma em que esses produtos são ofertados às várias camadas da população, deve-se a lógica capitalista a qual induz o consumo dos indivíduos, bem como provoca os impactos no meio ambiente e na maneira em que os serviços de saúde são ofertados.

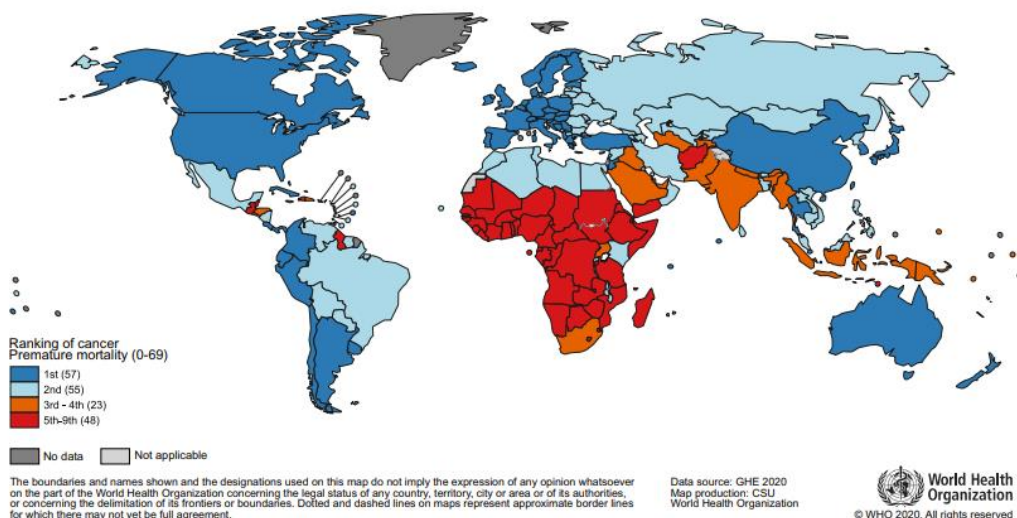
O seguinte capítulo retrata a incidência de câncer no Brasil, dando destaque a exposição ambiental e ocupacional dos sujeitos à doença e ao hábito alimentar globalizado como principais fatores de risco, os quais são determinados socialmente.

#### **3.1 A incidência de câncer no Brasil e seus determinantes sociais**

Nos últimos anos, vem sendo apontado um aumento na incidência por câncer, as últimas estimativas realizadas em 2018 indicam que há 18 milhões de novos casos de câncer e 9,6 milhões de mortes pela doença no mundo (BRAY et al., 2018 apud INCA, 2019, p.25), sendo o envelhecimento, o desenvolvimento demográfico e o processo socioeconômico como os principais fatores determinantes para o crescimento dos números do adoecimento. Portanto, o processo de adoecimento não depende apenas das características biológicas e comportamentais dos indivíduos, pois as condições sociais, ambientais, políticas e econômicas também agregam no risco de câncer da população (BRASIL, 2006a, p.11).

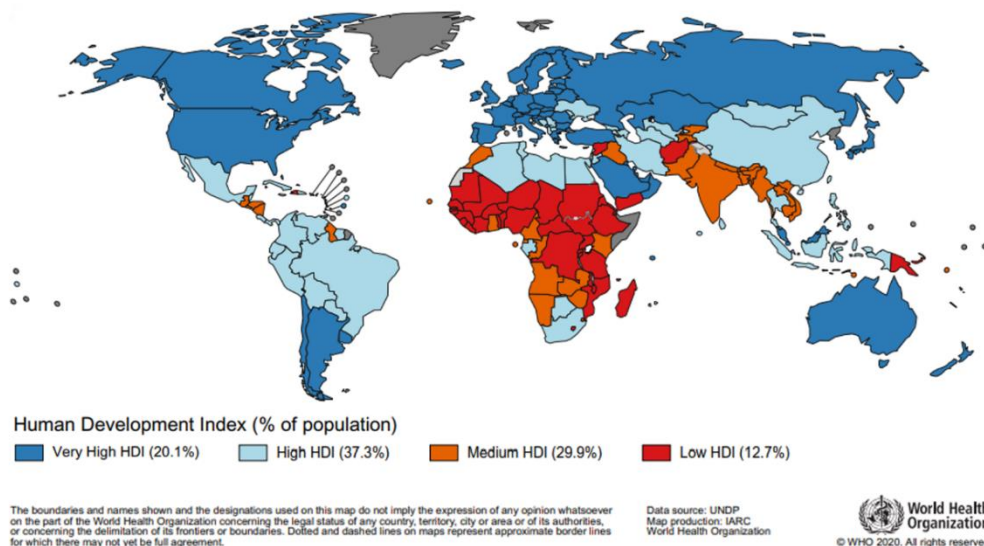
O câncer é geralmente considerado uma doença do desenvolvimento, todavia, é nos países em desenvolvimento que a incidência e a mortalidade aumentaram drasticamente. O adoecimento por câncer é mais comum entre as populações urbanas de áreas industrializadas (BRASIL, 2006a, p.22). Constata-se que em países com o maior índice de desenvolvimento humano (IDH), a incidência do adoecimento por câncer é duas a três vezes maior do que em países com IDH médio e baixo (INCA, 2019, p.25).

**Figura 1- Mapa mundial da ocupação do câncer como a principal causa de morte até 70 anos de idade no ano de 2019**



Fonte: Organização Mundial da Saúde (2020)

**Figura 2- Mapa mundial do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)**



Fonte: Organização Mundial da Saúde (2020)

A Figura 1 retrata a ocupação do câncer como causa de morte em cada país, a doença ocupou a primeira e segunda colocação em 112 dos 183 países onde a pesquisa foi realizada, constatando ser a principal causa de morte do mundo. Associada a Figura 2, a qual evidencia Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), percebe-se que o câncer como principal causa de morte prevalece nos países desenvolvidos, mas principalmente naqueles em desenvolvimento.

Os dados retratam que a modificação dos padrões de vida em virtude das definições das condições de trabalho, da alimentação saudável e do consumo provocado pelo processo de industrialização global tem tido impacto importante nas características epidemiológicas da população. Esses fatores permitem que os indivíduos fiquem mais vulneráveis ao adoecimento por câncer (BRASIL, 2006a, p.11). Por isso, os fatores ambientais e a desigualdade social associados ao processo de industrialização, podem expor os indivíduos ao câncer de maneira desigual, assim como está exposto nas Figuras 1 e 2.

Portanto, entende-se que o câncer é um problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento, tal como o Brasil. Espera-se que nas próximas décadas o impacto do câncer na população seja equivalente a 80% dos 20 milhões de novos casos estimados para 2025 (STEWART, 2014 apud INCA, 2018, p.137). Já, as estimativas por regiões brasileiras apontam que a taxa de incidência de risco de câncer concentra mais de 60% no Sudeste, 27,8% no Nordeste e 23,4% no Sul (INCA, 2019, p.26). Os tipos de câncer e sua intensidade se apresentam de maneira variada em cada região, assim como aponta o INCA (2019, p.26):

Existe, entretanto, grande variação na magnitude e nos tipos de câncer entre as diferentes Regiões do Brasil. Nas Regiões Sul e Sudeste, o padrão da incidência mostra que predominam os cânceres de próstata e mama feminina, bem como o de pulmão e de intestino. A Região Centro-Oeste, apesar de semelhante, incorpora em seu perfil o câncer do colo do útero e o de estômago entre os mais incidentes. Nas Regiões Norte e Nordeste, a incidência do câncer do colo do útero e de estômago tem impacto importante, apesar de também apresentarem os cânceres de próstata e mama feminina como principais nessa população. A Região Norte é a única do país onde as taxas de câncer de mama e colo do útero se equivalem entre as mulheres.

Os dados apontam uma grande desigualdade regional da incidência em câncer tendo a Região Sudeste com mais da metade dos casos, fato esse que consolida a afirmativa dos hábitos urbanos impactarem diretamente no adoecimento oncológico, uma vez que tal região é atualmente a mais urbanizada do Brasil.

Conforme Brasil (2006a), os principais fatores de risco consistem no consumo de tabaco, que é o principal causador de câncer de pulmão em fumantes ativos e passivos, o consumo inadequado de alimentos, onde o modo de vida sedentário e o consumo de álcool são determinantes para a incidência de câncer e podem aumentar o risco de doenças, assim como o sobrepeso e a obesidade, os quais são classificados como a segunda causa evitável de câncer depois do tabagismo. Tem-se também a exposição à radiação ultravioleta (UV) do sol como a principal causa do melanoma e do câncer de pele não-melanoma, bem como o câncer ocupacional, que é causado pela exposição a agentes cancerígenos presentes no ambiente de trabalho, sendo responsável por 2% a 4% dos casos de câncer em geral.

No entanto, as condições precárias de saneamento básico, a dificuldade no acesso à prevenção e o atraso para o início do tratamento não podem ser desconsiderados como importantes fatores de risco, os quais são intensificados pela sociedade capitalista e pelo crescente desmonte das políticas sociais através do neoliberalismo.

Ademais, os fatores de risco citados são as principais causas de morte por câncer em populações de baixa e média renda. Sendo as populações de camadas mais baixas as mais afetadas pelo meio ambiente e pela exposição no trabalho, além de possuírem poucas escolhas de uma alimentação saudável, atividades esportivas e de lazer (WÜNSCH FILHO; ANTUNES; BOING; LORENZI, 2008, p.438).

No Brasil, o câncer de pulmão é o maior em mortalidade por câncer em homens e o segundo maior em mulheres. O cigarro brasileiro é o sexto cigarro mais barato do mundo, e o fato do produto ser facilmente disponível pode favorecer o ingresso de crianças e adolescentes no consumo. A introdução de cigarros mais baratos no país também amplia o acesso e incentiva os jovens a começarem a fumar, além do enorme mercado ilegal que representa atualmente 35% do consumo do país. Ademais, constata-se que o consumo de tabaco está concentrado entre pessoas de baixa renda e baixa escolaridade (BRASIL, 2006a, p.80).

De fato, o Brasil passa por um cenário de opressão e supressão de direitos sociais. Esse contexto produz grandes consequências na vida dos grupos mais vulneráveis da sociedade. Com isso, agravam-se a pobreza, o desemprego, a violência, as doenças evitáveis e as diversas formas de preconceito (INCA, 2018, p.160). A incidência do câncer continua em crescimento no país, com diferenças de risco e de sobrevida<sup>11</sup> nas diferentes regiões brasileiras. Tal desigualdade não é só no adoecimento das populações, mas obviamente também no acesso aos serviços quando adoecidos. Nesse sentido, a intervenção e controle em larga escala é necessária, pois se não há intervenção a diferença será ainda maior em termos de acesso a serviços de tratamento adequados para pacientes com câncer (BRASIL, 2006a, p.110).

É importante discorrer sobre a influência dos determinantes sociais no risco de adoecimento oncológico, pois é compreendendo e debatendo sobre a questão que se pode alcançar bons resultados na redução do câncer. Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são definidos pela Organização Mundial da Saúde (2009 apud GIONGO; MENDES; SANTOS, 2015, p.510) como uma série de condições sociais em que a população vive e trabalha. Portanto,

---

<sup>11</sup> “Sobrevida” é o termo comumente utilizado no âmbito da oncologia para referenciar o tempo de vida de um indivíduo após o diagnóstico de câncer.

os DSS manifestam-se como fatores materiais, tais como habitação, alimentação, trabalho, saneamento e outros, assim como os fatores comportamentais e biológicos. Tratam-se das condições socioeconômicas, culturais e ambientais relacionadas às condições de vida, como moradia, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, bem como redes sociais e comunitárias (GIONGO; MENDES; SANTOS, 2015, p.511).

O adoecimento por câncer está associado a uma variedade de causas as quais irão constituir uma única causa necessária. Isto é, a suscetibilidade genética desempenha uma função importante em vários tipos de câncer, mas é a interação entre essa suscetibilidade e os fatores ou condições ambientais e sociais que determina o risco de adoecer. No contexto da saúde oncológica, o termo usado para esse processo é a prevenção primária, onde se ressalta a atenção aos fatores relacionados a estilos de vida e intervenções que contestam os fatores cancerígenos ambientais e ocupacionais. Nesse sentido, o adoecimento por câncer pode ocorrer através de fatores predispostos junto com os fatores primários, isto é, uma união entre vários fatores de origens diferentes. Tal sinergismo intensifica o risco de câncer, por isso a retenção individual de apenas um dos fatores pode não ser suficiente para garantir a eficácia das ações preventivas (BRASIL, 2006a, p.48).

Entende-se que os modos de vida característicos de cada indivíduo, conforme Brasil (2006a, p.74), geram impacto direto no adoecimento de cada um, mas os hábitos alimentares, modos de consumo e a exposição à agentes cancerígenos estão diretamente relacionados aos fatores historicamente determinados na sociedade, por outras palavras, as condições que determinam a definição individual do modo de vida de cada indivíduo não dependem da capacidade de escolha de cada um. O processo de adoecimento oncológico pode desencadear de determinantes sociais associados às condições sociais dos indivíduos. Tais determinantes estão relacionados ao modo de produção capitalista, onde existe a contradição entre capital e o trabalho, em que o sistema provoca impactos nos corpos dos trabalhadores (INCA, 2018, p.122). As exigências desse sistema determinam profundos impactos na saúde física e mental dos sujeitos. Portanto, as relações de trabalho onde predominam a dominação, o contexto de precarização do trabalho e o desemprego, colaboram no aumento do adoecimento da população (MACAMBIRA; TEIXEIRA, 2017, p.8).

Ademais, o câncer não causa danos apenas aos indivíduos adoecidos, mas também gera um grande impacto na vida das famílias, estas que tem um papel essencial no tratamento e reabilitação desses indivíduos. Os cuidados oncológicos colocam as famílias em condições

dolorosas, além de resultar em doenças físicas e emocionais graves na esperança de cura para a doença de seu familiar (INCA, 2018, p.176). Portanto, esses fatores atribuem à família a necessidade de enfrentamento à essas questões particulares, além da dificuldade ao acesso aos bens e serviços do cuidado oncológico.

É necessário compreender como a desigualdade se consolida como um obstáculo ao acesso a bens e serviços. A sociedade é organizada de forma desigual, logo, é preciso debater a realidade e evidenciá-la a fim de buscar meios para deter a questão (INCA, 2018, p.157). Esclarecer e compreender a causa das determinantes sociais em câncer é o primeiro passo para diminuir os riscos e ampliar as medidas preventivas, é entender a relação entre o adoecimento oncológico com o modo de produção capitalista, que busca unicamente o lucro sem pensar nas consequências, assim como as formas de consumo do mundo globalizado.

### **3.2 Exposição ambiental e ocupacional como fatores de risco de câncer**

Determinados fatores ambientais podem apresentar riscos para o desenvolvimento de câncer, afetando os indivíduos através de exposições que não estão sob o seu controle. Constatase que dos casos de câncer registrados, 19% são classificados como precedentes do ambiente e do local de trabalho. Os fatores de risco encontrados no ambiente podem ser os agentes físicos, como a radiação solar, os químicos como os resíduos de agrotóxico nos alimentos e na água e os agentes biológicos como alguns vírus. As populações podem ser expostas a essas substâncias em uma variedade de ocasiões e em todas as idades. Adultos e crianças podem ficar expostos na escola, no ambiente de trabalho e em casa, sendo as crianças o grupo de maior risco dessa exposição. Além disso, a exposição de trabalhadores também pode aumentar o risco de câncer de seus descendentes (INCA, 2021, p.25).

Os trabalhadores vivem e adoecem da mesma maneira que a população de determinada época, local e classe, mas também de forma diferenciada quando inseridos no processo produtivo (MENDES; WÜNSCH, 2011, p.465). Pesquisas em certas ocupações tem identificado o risco de câncer associado à exposição ambiental, uma vez que tais ocupações expõem os indivíduos a níveis mais elevados em relação a população geral. No ambiente de trabalho, os indivíduos podem estar expostos a agentes químicos, físicos e biológicos. No entanto, existe a possibilidade de os casos de câncer relacionados ao trabalho serem evitados reduzindo ou eliminando a exposição a esses agentes cancerígenos (INCA, 2021, p.25).

Não é possível falar de exposição ambiental e ocupacional sem compreender as relações de poder, de propriedade e de produção. As precárias condições de trabalho no país têm ampliado a deterioração das condições de saúde e segurança dos trabalhadores, uma vez que, em sua lógica destrutiva, o capital não reconhece nenhum obstáculo para a precarização. A exploração ilimitada do trabalho é uma manifestação das contradições estruturais, que embora não possa se reproduzir sem o trabalho vivo, precisa explorar ao extremo, dando o sentido a sua mercantilização (ANTUNES; PRAUN, 2015, p.422).

As mudanças no mundo do trabalho nas últimas décadas resultaram em um exército de trabalhadores adoecidos (ANTUNES; PRAUN, 2015, p.423). O trabalhador é exposto a diversas substâncias no seu ambiente de trabalho e a maneira em que são expostos pode variar conforme a influência dos setores econômicos, dos processos industriais e das políticas públicas de saúde de cada região. Como por exemplo, as regiões de mineração, onde a população é exposta principalmente à sílica e ao asbesto, já nas regiões com atividades agrícolas verifica-se uma grande exposição a agrotóxicos e radiação solar. No caso dos agrotóxicos, alguns produtos são retirados do mercado nos países desenvolvidos, no entanto tais mercadorias são mantidas nos países em desenvolvimento. A forma em que as substâncias químicas são geridas não está associada ao risco em que a mesma apresenta à saúde da população, mas a maneira em que esses produtos são regulados em função ao modo de produção, onde trabalhadores agrícolas mais pobres são expostos à agrotóxicos baratos e alternativas viáveis não são consideradas. (DEVELOPING..., 2016 apud INCA, 2021, p.28).

O trabalho para os indivíduos é repleto de contradições, pois ao mesmo tempo em que proporciona a qualidade de vida e a satisfação das necessidades básicas, também pode representar o surgimento de doenças e morte, em razão da forma como o trabalho é organizado pela lógica da capital (MENDES; WÜNSCH, 2011, p.464). Com o crescimento do processo de industrialização em países em desenvolvimento, acredita-se que a maneira em que a população é exposta tem gerado muito mais riscos à saúde, pois a limitação dos métodos de regularização no trabalho é enfraquecida (INCA, 2021, p.43). O modo de produção capitalista também transforma a terra, a água, o ar e os indivíduos em mercadoria, em função do aumento da produção e da acumulação de riquezas, o qual sustenta o privilégio de uma minoria (LÖWY, 2013, p.79).

A lógica do modo de produção e comercial da sociedade capitalista e industrial aponta para um desastre ecológico de grande proporção e que reflete sobre a saúde humana. A poluição

do ar, o início da redução da camada de ozônio, a destruição da floresta tropical, o esgotamento do solo, a desertificação, o acúmulo de resíduos, a poluição alimentar, seca global e a escassez de alimentos. Tratam-se de uma dinâmica desmesurável, impulsionado pela expansão capitalista, a qual indica a extinção dos recursos naturais do planeta (LÖWY, 2013, p.80)

É conforme o desenvolvimento da industrialização que a degradação do meio ambiente se torna cada vez mais irregular em todo o mundo. As emissões de poluentes no ar expõem populações inteiras e desencadeiam doenças, dentre elas o câncer (INCA, 2021, p.49). Segundo Löwy (2013, p.82), o capitalismo não consome apenas a energia dos trabalhadores, mas também a energia da própria terra, por meio do esgotamento da riqueza natural e da destruição dos recursos do meio ambiente, visto que o modo de produção capitalista é sustentado através de energia fóssil (carvão e petróleo), as quais são um dos principais motivadores responsáveis pelo aquecimento global.

Os trabalhadores são afetados em maior proporção no ambiente de trabalho quando expostos pelos agentes cancerígenos, no entanto as mudanças na atmosfera e na temperatura afetam os vários indicadores ambientais, como eventos de alta temperatura extrema e qualidade do ar os quais atingem os indivíduos em geral. A exposição ocupacional é uma grande preocupação pois a concentração de agentes cancerígenos aos quais os trabalhadores estão expostos é geralmente maior do que a da população em geral, no entanto, é necessário ponderar todo tipo de exposição, mesmo que em baixas concentrações, toda exposição pode ocasionar um risco à saúde pública (INCA, 2021, p.67).

A exposição da população à poluição do meio ambiente devido ao desenvolvimento econômico e o processo de urbanização, representam um grande risco para a saúde pública e motivam o desenvolvimento do câncer, bem como a informalidade nas indústrias que permite a persistência de exposições em excesso e de difícil controle. Mesmo com as tentativas de regulamentação e o uso da tecnologia para reduzir as emissões de poluentes no ar, a má qualidade atmosférica continua a representar um risco para a saúde pública, até nos países mais desenvolvidos (INCA, 2021, p.61).

Além desses fatores, a exposição a agrotóxicos também é considerada uma das condições as quais podem estar relacionadas ao desenvolvimento de câncer. Após a Segunda Guerra Mundial, tornou-se muito comum o uso de agrotóxicos na agricultura para melhorar a produtividade agrícola e na saúde pública com o intuito de controlar doenças infecciosas. No Brasil, é predominante a agricultura convencional, onde é priorizado a produtividade com o uso



de agroquímicos, tendo os agricultores como os trabalhadores mais vulneráveis a essa exposição, bem como seus familiares e a população de áreas próximas a produção, os mesmos são expostos a uma quantidade maior de substâncias químicas em relação à população geral, uma vez que, os agrotóxicos são dispersos pelo ar, água e solo (INCA, 2021, p.245).

Sabe-se que existe um grave comércio ilegal de uso de agrotóxicos, como resultado, é difícil planejar uma série de medidas de prevenção de adoecimento e poluição ambiental, mesmo que exista órgão governamental responsável pela fiscalização, regulamentação e registro de agrotóxicos no país (INCA, 2021, p.242). Por isso, ressalva-se a necessidade do debate sobre a manutenção de limites determinados que poluem o local de trabalho, o ar, o solo, a água, os alimentos e os produtos comercializados. O uso desses agrotóxicos está relacionado profundamente ao modo de produção motivando um desequilíbrio ecológico, assim como o adoecimento da população ao ser controlado de forma descomedida sem a fiscalização correta.

A base insustentável do crescimento econômico tem destruído os recursos naturais e ampliado significativamente a desigualdade social. A luta entre a produção e o consumo, baseado na globalização do capital, reafirma os princípios básicos dos fundamentos do sistema capitalista. Tal processo de globalização tem assumido um papel crucial nas relações de produção e de consumo, ampliando a exploração do trabalho destruindo todas as formas de sobrevivência que não se adequam ao modelo socioeconômico global (GIONGO; MENDES; SANTOS, 2015, p.505). Segundo Marx (1999 apud GIONGO; MENDES; SANTOS, 2015, p.504) o modo de produção capitalista não produz só os produtos, mas também a necessidade de consumo, conseqüentemente, ele cria o sujeito consumidor. Portanto, o sistema produtivo interfere diretamente na relação entre o homem e a natureza. O capitalismo não só destrói o meio ambiente e põe em risco suas próprias condições reprodutivas, mas também as condições de vida e sobrevivência da população (GIONGO; MENDES; SANTOS, 2015, p.505).

Sabe-se que a poluição destrutiva do processo do modo de produção se concentra principalmente nos países em desenvolvimento, onde as leis de proteção são menos rigorosas e a força de trabalho mais barata, assim como à política e educação precárias, a fim de manter o domínio tecnológico. A separação no modo de produção entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, tem realizado nos países periféricos a exploração abundante de recursos naturais não renováveis, tal qual o minério e o petróleo, assim como dos bens escassos como água, madeira e a terra (FREIRE; PRESCHOLDT, 2015, p.481). A busca pelo lucro resultou na exploração acelerada da natureza muito mais rápida do que o tempo natural necessário para

o meio ambiente se recompor, logo, as crises ambientais tornam-se inevitáveis (GIONGO; MENDES; SANTOS, 2015, p.505).

### **3.3 O impacto da industrialização nos hábitos alimentares e o adoecimento oncológico**

O baixo consumo de frutas e vegetais, uma dieta inadequada e o sedentarismo os quais provocam a obesidade, são considerados fatores de risco na incidência de câncer. Entende-se que os hábitos alimentares são determinados pelo modo de produção alimentar, que engloba disponibilidade, produção, abastecimento, comercialização e acesso (PINHEIRO; CARVALHO, 2010, p.127). No Brasil, tem sido adotado novos hábitos alimentares desenvolvidos pelo setor industrial que é característico do alto consumo de alimentos sintéticos. As transformações nos hábitos alimentares, como a eliminação de produtos regionais culturais, a industrialização acelerada e a manutenção das políticas públicas, afetam diretamente a saúde pública (FRANÇA *et al*, 2012, p.2).

De acordo com a Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (2013, p.27), no ano de 2002, é reconhecido o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), como:

O direito à alimentação adequada é um direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva (ABRANDH, 2013, p.27).

O DHAA está relacionado não só à quantidade nutritiva dos alimentos consumidos, mas também a condições sociais, econômicas, culturais e ambientais necessárias para a subsistência dos seres humanos, sendo um direito universal que visa a alimentação saudável e que é condizente com os hábitos culturais. Logo, o Estado tem a responsabilidade de garantir o DHAA por meio das políticas públicas (PINHEIRO; CARVALHO, 2010, p.126).

Com a Revolução Industrial e o desenvolvimento da indústria alimentícia, os alimentos que eram produzidos de forma artesanal passaram a ser produzidos pelas grandes indústrias. Portanto, sabe-se que a urbanização e a industrialização são consideradas fatores determinantes na transformação dos hábitos alimentares, os quais geram mudanças no estilo de vida das populações. Essa transição nos hábitos alimentares ocasionou na “dieta ocidental”, que tem como principal característica a grande quantidade de gorduras no consumo dos alimentos e o aumento no consumo de alimentos ultraprocessados. Tal dieta ocidental e o crescimento nas

taxas de excesso de peso são relacionados ao desenvolvimento de doenças crônicas, como o adoecimento oncológico, bem como a baixa qualidade de vida da população (FRANÇA *et al*, 2012, p.4).

Constata-se um declínio do consumo da alimentação tradicional nas famílias brasileiras com o aumento considerável na ingestão de alimentos mais industrializados e que os alimentos saudáveis são menos comercializados em populações socialmente desfavorecidas. Isto é, os alimentos saudáveis tornam-se menos disponíveis ou são ofertados no mercado com baixa qualidade para os grupos de baixa renda (KUBO, 2018, p.10). Sobre a alimentação da população brasileira, Kubo (2018, p.8) também afirma que:

A POF 2008-09 apontou que os alimentos mais consumidos pelos brasileiros são feijão, arroz, carne bovina e pão de sal e o café a bebida mais consumida (IBGE, 2010b; Souza et al., 2013). A pesquisa também apontou que as classes de renda mais baixas consumiam em maior quantidade itens considerados parte de uma dieta saudável, como arroz, feijão, batata-doce e peixe fresco, por outro lado alguns marcadores negativos da qualidade da dieta, como doces, refrigerantes, pizzas e salgadinhos fritos e assados, eram mais consumidos na categoria de maior renda (IBGE, 2010b). No entanto, o consumo de verduras e frutas foi maior entre os indivíduos das classes de renda mais elevada (IBGE, 2010b apud KUBO, 2018, p.8)

No entanto, uma alimentação adequada não pode deixar de corresponder às demandas dos diferentes grupos sociais que compõem a sociedade, mas as atuais formas de produção, plantio e processamento dos alimentos, acabam dificultando o acesso a uma alimentação adequada. Dessa forma, a Carta de Olinda<sup>12</sup>, aprovada na segunda Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (2004 apud PINHEIRO; CARVALHO, 2010, p.128), declara que:

[...] a insegurança alimentar, a desnutrição e a obesidade atingem parcela significativa da população, 53 milhões de brasileiros e brasileiras vivem abaixo da linha da pobreza. O modelo de política macroeconômica vigente e o custo da dívida pública é identificada como a principal causa da insegurança alimentar e nutricional e da exclusão social.

Nesse sentido, a fome precisa ser compreendida como um fator oriundo de relações sociais de dominação econômica, o qual reflete na desigualdade de renda e na má distribuição de riquezas, em específico a de alimentos. Segundo a Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar (Rede PENSSAN), em relação a Insegurança Alimentar<sup>13</sup> (IA) no Brasil:

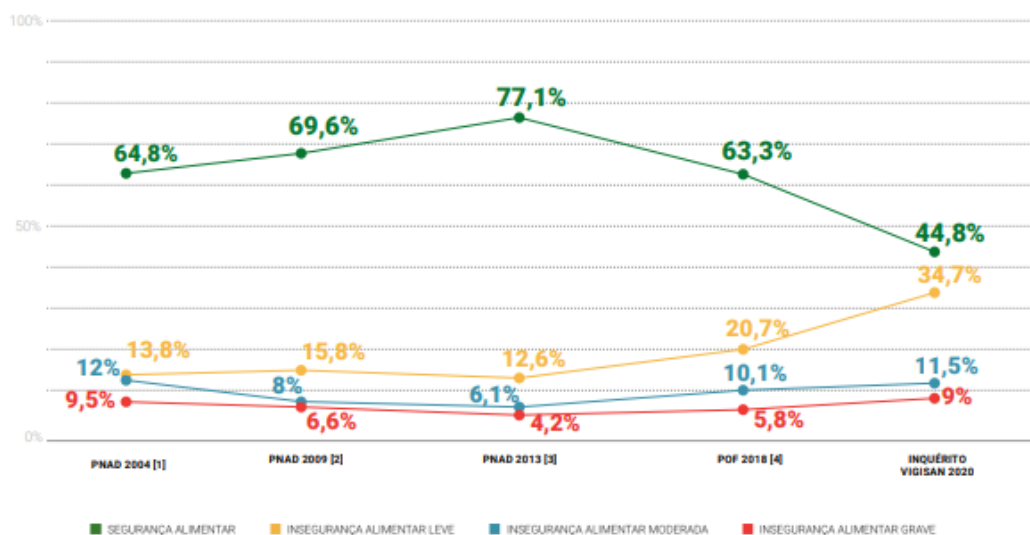
---

<sup>12</sup> A Carta de Olinda foi aprovada na II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional realizada em Olinda pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). O documento busca dialogar com a sociedade sobre o direito fundamental da alimentação e nutrição (PINHEIRO; CARVALHO, 2010, p.128).

<sup>13</sup> Segundo a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Losan), a segurança alimentar é definida como: “A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a

Do total de 211,7 milhões de pessoas, 116,8 milhões conviviam com algum grau de IA (leve, moderada ou grave). Destes, 43,4 milhões não contavam com alimentos em quantidade suficiente para atender suas necessidades (IA moderada ou grave). Tiveram que conviver e enfrentar a fome, 19 milhões de brasileiros(as) (REDE PENSSAN, 2021, p.10)

**Figura 3- Comparação das estimativas da Segurança Alimentar no Brasil de 2004 a 2020**



Fonte: Rede PENSSAN (2021)

Nota-se nos dados apresentados pela Figura 3, uma redução significativa da Segurança Alimentar, assim como o aumento da IA em todos os níveis. Trata-se de um cenário, que conforme Faleiros (2009, p.111), “sob a égide do neoconservadorismo escondido sob o manto do neoliberalismo”, está voltado para a competitividade, para o mercado e para a globalização, permeado pelas ofensivas contra a proteção social e que permite o aprofundamento das desigualdades econômicas e sociais no Brasil.

Na sociedade atual, onde os indivíduos são vistos como mercadoria, a saúde é submetida ao consumo. O fenômeno da globalização utiliza a mídia como instrumento de manipulação dos hábitos alimentares, tendo como exemplo as empresas multinacionais de *fast-food*, em que o ato de comer atinge uma nova funcionalidade. Logo, difunde-se o hábito alimentar ocidental impactando na diminuição do consumo de alimentos vinculados à cultura de cada território (PINHEIRO; CARVALHO, 2010, p.128).

---

alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis” (BRASIL, 2006b, p.4). Portanto, a Insegurança Alimentar consiste não só na ausência de alimentos, como também na baixa qualidade nutritiva da alimentação, podendo ser classificada em graus – leve, moderado ou grave – e que pode comprometer a saúde da população.

O agronegócio trata-se de outro fator que tem provocado graves riscos à saúde, uma vez que esse setor tem atingido não só o meio ambiente, como também a alimentação. O uso dos agrotóxicos foi mundialmente ampliado após a Segunda Guerra Mundial, sendo utilizado na agricultura com a justificativa de aumentar a produtividade, bem como nas atividades pecuárias, no armazenamento de grãos e sementes e no controle de parasitas (INCA, 2021, p.241)

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2021, p.269), o Brasil é considerado um dos países em que mais se utiliza agrotóxicos no mundo. Constata-se que a exposição aos agrotóxicos está associada ao desenvolvimento do câncer em razão do tempo de exposição, mesmo em doses baixas, sendo a alimentação o principal modo de exposição da população. Ainda, segundo o INCA “Em razão das características físico-químicas dos agrotóxicos, que lhes permite serem dispersos pelo ar, água e solo, os familiares dos agricultores e a população residente nas áreas de produção agrícola estão expostos aos maiores níveis dessas substâncias” (INCA, 2021, p.245).

O adoecimento da população advindo da má alimentação é reflexo de um modelo de desenvolvimento econômico e social que busca beneficiar o capital. Logo, a questão social também é expressada na questão alimentar, porque o domínio dos ideais capitalistas na sociedade induz a forma de se alimentar, viver, adoecer e morrer de cada população (PINHEIRO; CARVALHO, 2010, p.128).

Não se pode presumir que as evidências para a relação entre as condições socioeconômicas e o adoecimento por câncer sejam conclusivas, uma vez que o adoecimento pode ocorrer a partir de uma junção de diversos fatores, não estando necessariamente relacionado à pobreza, mas as implicações sobre os fatores associados ao modo de vida urbano/industrial, modificadas pelos ideais capitalistas, podem sim alterar o impacto da exposição ao câncer e da suscetibilidade de cada indivíduo (WÜNSCH FILHO; ANTUNES; BOING; LORENZI, 2008, p.432). Sendo assim, a vulnerabilidade social, produzida pelo sistema capitalista, permite o desenvolvimento dos riscos de adoecer, bem como reduz a possibilidade dos sujeitos terem acesso a cura e ao tratamento da doença.

De fato, pode-se afirmar que o capitalismo transforma a vida social e a saúde em mercadorias, e o projeto neoliberal cria um retrocesso nas conquistas sociais e nos avanços propostos pelo movimento sanitário, assim como a redução dos recursos à saúde pública. Portanto, criam-se condições para a manifestação de infecções antigas e o surgimento de novas infecções, produz-se danos à saúde gerados pela poluição do ar, da água e solo, intensificam-se

as expressões da questão social, assim como o crescimento das desigualdades quem ocorrem não só no âmbito da saúde, mas em todos os espaços da vida social (BERLINGUER, 1999, p.27).

## **4 AS CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL PARA A DISCUSSÃO DO ADOECIMENTO ONCOLÓGICO: UMA ANÁLISE DOS TRABALHOS APRESENTADOS NA 16ª EDIÇÃO DO CBAS**

O atual capítulo apresenta os resultados de uma pesquisa documental realizada a partir das obras do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, no ano de 2019 para compreender como o Serviço Social vem se posicionando em relação a temática do adoecimento oncológico e sobre os cuidados paliativos.

Para a realização da pesquisa, buscou-se os descritores “câncer”, “adoecimento oncológico” e “cuidados paliativos” nas listas de trabalhos publicados da edição mais recente do congresso, disponível no *site* oficial do evento<sup>14</sup>. Realizou-se a separação dos artigos que possuíam em seu título, um ou mais descritores mencionados. Em seguida, foi feita a leitura e análise do conteúdo dessas publicações acadêmicas, buscando apreender o perfil dos pesquisadores (titulação e vinculação institucional) e das produções (principais temáticas estudadas em relação ao adoecimento por câncer e os cuidados paliativos), identificando concepções sobre saúde, política de saúde destinadas a esta população e os principais resultados obtidos, dando visibilidade a direção política das intervenções e seus objetivos, além, de dar destaque as categorias de análise utilizadas pelos autores.

### **4.1 CBAS: Perfil das produções acadêmicas sobre cuidados paliativos oncológicos**

Neste item expõe-se os resultados da análise das produções acadêmicas sobre oncologia e cuidados paliativos no 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), esse que teve como tema “40 Anos da Virada do Serviço Social”. O Congresso da Virada foi o 3º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, realizado em 1979. O evento é considerado um marco na história do Serviço Social brasileiro, visto que mudou a configuração da profissão no país (CBAS, 2019). Dessa forma, Faleiros (2009, p.52), aponta que:

O III CBAS, de 1979, denominado de “Congresso da Virada” significa, ao mesmo tempo, um ponto de chegada e um ponto de partida. Com efeito, a sociedade brasileira passava por uma crise de decomposição da ditadura e de rearticulação das forças sociais democráticas. A organização e a mobilização regional dos assistentes sociais de São Paulo e de várias associações e sindicatos de todo o Brasil foram consoantes com a expressão das lutas operárias da zona mais industrializada do país, na região do chamado ABC paulista, onde se concentrava o pólo mais moderno do capitalismo brasileiro. Nesse pólo também se expressava significativamente a mobilização de questionamento da ditadura e de reivindicações de condições de vida. Essas lutas

---

<sup>14</sup> Disponível em: <http://www.cbas.com.br/portal/conteudo/trabalhos>

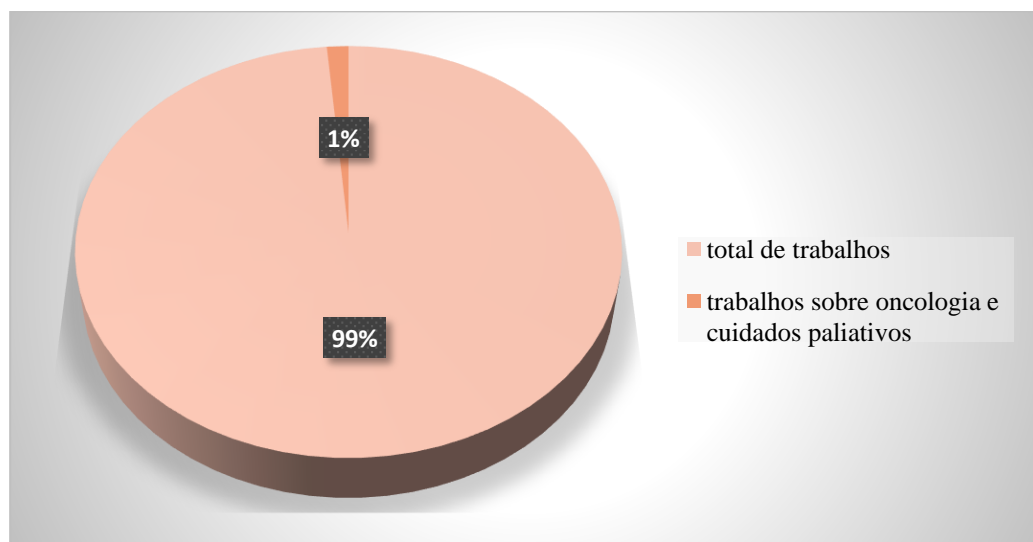
propiciaram condições de consciência de classe para o operariado e profissionais a eles aliados, como um vasto setor de assistentes sociais e se ampliou para setores menos politizados e organizados.

Nesse sentido, o Congresso da Virada tornou-se um marco da transição entre a ditadura e a democracia, consolidando a postura política e crítica da categoria profissional, em contraste à lógica conservadora daquele contexto político. Por isso, a importância do CBAS para a categoria, é o espaço que se manifesta a articulação das entidades da profissão na formação, a atuação profissional e estudantil, a oposição às práticas alienantes, o apoio ao envolvimento nas lutas sociais, o reconhecimento da práxis profissional vinculada ao projeto profissional, a luta contra as reformas nas políticas sociais, contra as investidas neoliberais e, principalmente, para reafirmar o Projeto Ético-Político do Serviço Social (ABRAMIDES; CABRAL, 2009, p.53).

O 16º CBAS foi realizado na cidade de Brasília, do dia 30 de outubro ao dia 3 de novembro de 2019. Segundo o CFESS (2019), foi a maior edição da história e contou com cerca de 4756 inscrições confirmadas na participação do evento. A atual edição do CBAS possibilitou aos assistentes sociais o debate sobre os desafios da atualidade e do cotidiano profissional, que é marcado pelo contexto de forte agravamento da desigualdade social no país e dos avanços neoliberais nas políticas sociais.

Portanto, buscou-se elaborar aqui um mapeamento da produção acadêmica em relação aos cuidados paliativos e adoecimento oncológico, o que permitiu a identificação de 24 obras de 1741 trabalhos aprovados na edição mais recente do CBAS.

**Gráfico 1: Relação do total das produções do 16º CBAS e os trabalhos sobre oncologia e cuidados paliativos.**



Fonte: Elaborado pela autora (2021)



Constata-se no Gráfico 1 o total de trabalhos que debateram sobre o adoecimento oncológico e os cuidados paliativos em relação as demais produções no CBAS de 2019, e que serão expostos no quadro a seguir, junto aos seus respectivos autores. Além disso, os artigos foram numerados para facilitar a menção dos mesmos na discussão do tópico seguinte.

**Quadro 1- Trabalhos sobre adoecimento oncológico e cuidados paliativos realizados no 16º CBAS em 2019**

<b>Numeração dos artigos</b>	<b>Títulos</b>	<b>Autores (as)</b>
<b>1</b>	O serviço social e os cuidados paliativos oncológico: atuação e especificidade profissional <sup>15</sup>	Taciana Lopes Bertholino
<b>2</b>	Suporte das Políticas Sociais para paciente em cuidado paliativo oncológico na capital federal <sup>16</sup>	Liana Zaynette Torres Junqueira
<b>3</b>	A contraindicação do tratamento oncológico para profissionais de serviço social <sup>17</sup>	Gabriela da Silva Vieira
<b>4</b>	Demandas de cuidados dos usuários em cuidados paliativos oncológicos: a centralidade da família nas políticas sociais <sup>18</sup>	Erica Natacha Guterres Andreia Pereira de Assis Ouverney Dolores Ferreira Fonseca
<b>5</b>	Experiência de investigação do serviço social com usuários em tratamento oncológico <sup>19</sup>	Alessandra Ballinhas de Moura Vini Rabassa da Silva Natália Ferreira Pereira
<b>6</b>	As expressões da questão social que permeiam o cotidiano de pacientes atendidos em um	Camila Barbosa Monteiro Maria Carleandra Gonçalves Oliveira

<sup>15</sup> BERTHOLINO, Taciana Lopes. O SERVIÇO SOCIAL E OS CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICO: ATUAÇÃO E ESPECIFICIDADE PROFISSIONAL. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. v. 16, p. 1-14.

<sup>16</sup> JUNQUEIRA, Liana Zaynette Torres. SUPORTE DAS POLÍTICAS SOCIAIS PARA PACIENTE EM CUIDADO PALIATIVO ONCOLÓGICO NA CAPITAL FEDERAL. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. v. 16, p. 1-11.

<sup>17</sup> VIEIRA, Gabriela da Silva. A CONTRAINDICAÇÃO DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO PARA PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. v. 16, p. 1-13.

<sup>18</sup> GUTERRES, Erica Natacha *et al.* DEMANDAS DE CUIDADOS DOS USUÁRIOS EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS: a centralidade da família nas políticas sociais. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. p. 1-10.

<sup>19</sup> MOURA, Alessandra Ballinhas de; SILVA, Vini Rabassa da; PEREIRA, Natália Ferreira. EXPERIÊNCIA DE INVESTIGAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL COM USUÁRIOS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. v. 16, p. 1-14.

	hospital oncológico em Fortaleza-CE <sup>20</sup>	Silvia Helena de Souza Lopes
7	O trabalho do serviço social e a continuidade da atenção em saúde: uma experiência no ambulatório de oncologia do Hospital universitário Antônio Pedro <sup>21</sup>	Alessandra Bessimo Barreto
8	O assistente social em cuidados paliativos oncológicos: experiências e reflexões sobre as orientações no pós-óbito <sup>22</sup>	Amanda Olga Simões de França Raísa Santiago Noemi Cristina Ferreira da Silva Erica Natacha Guterres
9	A dimensão técnico-operativa do serviço social em cuidados paliativos: relato de experiência profissional em um hospital referência em oncologia do estado do Pará <sup>23</sup>	Juliena Taissa Coelho de Souza Thalita Mayan Esquerdo Andrade Fernanda Sena Rodrigues Girdênede Lopes Lemos Ana Lídia Brito Sardinha
10	Serviço social e oncologia: perspectivas do trabalho profissional diante da família <sup>24</sup>	Anelysse Barbosa Raulino Silvia Helena de Souza Lopes Misney Kelle Fernandes Oliveira de Araújo Danielly Custódio Cavalcante Diniz Lívia Natana Prado Sousa Simone Almeida Mendes Samila Ferreira Cavalcante

<sup>20</sup> MONTEIRO, Camila Barbosa; OLIVEIRA, Maria Carleandra Gonçalves; LOPES, Silvia Helena de Souza. AS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL QUE PERMEIAM O COTIDIANO DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO EM FORTALEZA-CE. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. v. 16, p. 1-8.

<sup>21</sup> BARRETO, Alessandra Bessimo. O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL E A CONTINUIDADE DA ATENÇÃO EM SAÚDE: uma experiência no ambulatório de oncologia do hospital universitário antônio pedro. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. v. 16, p. 1-12.

<sup>22</sup> FRANÇA, Amanda Olga Simões de *et al.* O ASSISTENTE SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS: experiências e reflexões sobre as orientações no pós-óbito. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. v. 16, p. 1-10.

<sup>23</sup> SOUZA, Juliena Taissa Coelho de *et al.* A DIMENSÃO TECNICO OPERATIVA DO SERVIÇO SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS: relato de experiência profissional em um hospital referência em oncologia do estado do pará. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. v. 16, p. 1-12.

<sup>24</sup> RAULINO, Anelysse Barbosa *et al.* SERVIÇO SOCIAL E ONCOLOGIA: perspectivas do trabalho profissional diante da família. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. v. 16, p. 1-8.

		Fernanda de Araújo Sousa Francisca Camila de Oliveira Cavalcante Raniely Costa da Silva
<b>11</b>	Cuidados paliativos: aproximações acerca do trabalho do assistente social <sup>25</sup>	Gabriel Ramos Nascimento Evangelista Bruno de Paula Checchia Liporaci Regina Maura Rezende
<b>12</b>	O sistema de regulação centrado no paciente oncológico: uma análise dos entraves para efetivação do tratamento <sup>26</sup>	Anelysse Barbosa Raulino
<b>13</b>	Serviço social e cuidados paliativos: a dor social na interface com a relação socioeconômica de usuário com câncer <sup>27</sup>	Ana Lúcia Brito Sardinha Raquel da Silva Amorim
<b>14</b>	Serviço social e cuidados paliativos: um relato de experiência a respeito do entrave ao acesso a direitos sociais <sup>28</sup>	Juliena Taissa Coelho de Souza
<b>15</b>	Adoecimento por câncer e suas repercussões na vida dos usuários em cuidados paliativos <sup>29</sup>	Fernanda Sena Rodrigues Vera Lúcia Batista Gomes
<b>16</b>	SUS e cuidados paliativos: reflexões sobre a dependência de trajetória de uma ação em saúde <sup>30</sup>	Andreia Pereira de Assis Ouverney

<sup>25</sup> EVANGELISTA, Gabriel Ramos Nascimento; REZENDE, Regina Maura; LIPORAC, Bruno de Paula Checchia. CUIDADOS PALIATIVOS: aproximações acerca do trabalho do assistente socia. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. v. 16, p. 1-12.

<sup>26</sup> RAULINO, Anelysse Barbosa. O SISTEMA DE REGULAÇÃO CENTRADO NO PACIENTE ONCOLÓGICO: uma análise dos entraves para efetivação do tratamento. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. v. 16, p. 1-12.

<sup>27</sup> SARDINHA, Ana Lúcia Brito; AMORIM, Raquel da Silva. SERVIÇO SOCIAL E CUIDADOS PALIATIVOS: a dor social na interface com a relação socioeconômica de usuário com câncer. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. v. 16, p. 1-12.

<sup>28</sup> SOUZA, Juliena Taissa Coelho de. SERVIÇO SOCIAL E CUIDADOS PALIATIVOS: um relato de experiência a respeito do entrave ao acesso a direitos sociais. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. v. 16, p. 1-10.

<sup>29</sup> RODRIGUES, Fernanda Sena; GOMES, Vera Lúcia Batista. ADOECIMENTO POR CÂNCER E SUAS REPERCUSSÕES NA VIDA DOS USUÁRIOS EM CUIDADOS PALIATIVOS. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. v. 16, p. 1-12.

<sup>30</sup> OOVERNEY, Andreia Pereira de Assis. SUS E CUIDADOS PALIATIVOS: reflexões sobre a dependência de trajetória de uma ação em saúde. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. v. 16, p. 1-13.

17	Cuidados paliativos: conhecendo e disseminando o trabalho do assistente social no campo dos cuidados paliativos <sup>31</sup>	Cláudia Cristina Góis Luana Dias da Silva Leonice Aparecida Ribeiro Araujo Marta Fernandes Michele Fiuza Neves Santos Sílvia Santos Silva
18	O serviço social e a integralidade dos cuidados paliativos <sup>32</sup>	Clarisse Mendes Rocha Thalita Mayan Esquerdo Andrade
19	Saúde em diálogos: roda de conversa sobre câncer de colo de útero junto a mulheres em situação de pobreza <sup>33</sup>	Viviane Aparecida Siqueira Lopes Flávia da Silva Vieira Clarissa Louise Mendes
20	O controle do câncer de mama no Brasil <sup>34</sup>	Thaislayne Nunes de Oliveira Mônica de Castro Maia Senna
21	Rebatimentos do adoecimento por câncer no homem principal provedor familiar em tratamento em hospital universitário <sup>35</sup>	Vanessa Martins Ferrari Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva Náíade Melo Costa
22	Masculinidades e saúde de homens com câncer de mama <sup>36</sup>	Claudia Domingues Guimarães
23	Relações patriarcais de gênero e família: a centralidade da	Andrêsa Melo da Silva Nascimento Elisangela de Oliveira Inacio

<sup>31</sup> GÓIS, Cláudia Cristina *et al.* CUIDADOS PALIATIVOS: conhecendo e disseminando o trabalho do assistente social no campo dos cuidados paliativos. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. v. 16, p. 1-10.

<sup>32</sup> ROCHA, Clarisse Mendes; ANDRADE, Thalita Mayan Esquerdo. O SERVIÇO SOCIAL E A INTEGRALIDADE DOS CUIDADOS PALIATIVOS. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. v. 16, p. 1-8.

<sup>33</sup> LOPES, Viviane Aparecida Siqueira; VIEIRA, Flávia da Silva; MENDES, Clarissa Louise. SAÚDE EM DIÁLOGOS: roda de conversa sobre câncer de colo de útero junto a mulheres em situação de pobreza.. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. v. 16, p. 1-17.

<sup>34</sup> OLIVEIRA, Thaislayne Nunes de; SENNA, Mônica de Castro Maia. O CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. v. 16, p. 1-11.

<sup>35</sup> FERRARI, Vanessa Martins; PAIVA, Sálvea de Oliveira Campelo e; COSTA, Náíade Melo. REBATIMENTOS DO ADOECIMENTO POR CÂNCER NO HOMEM PRINCIPAL PROVEDOR FAMILIAR EM TRATAMENTO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. v. 16, p. 1-12.

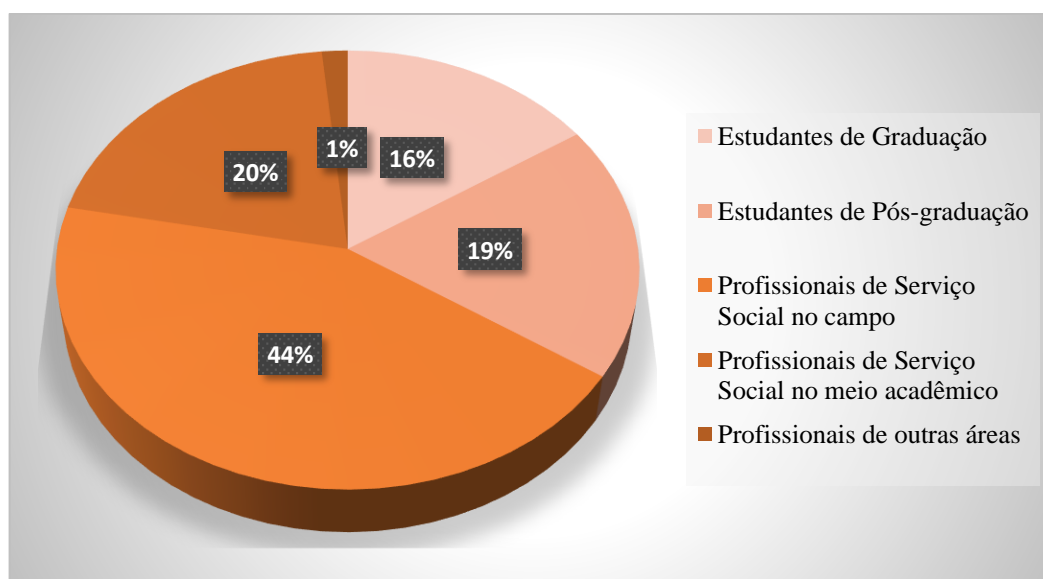
<sup>36</sup> GUIMARÃES, Claudia Domingues. MASCULINIDADES E SAÚDE DE HOMENS COM CÂNCER DE MAMA. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. v. 16, p. 1-12.

	atenção ao tratamento da criança com câncer na figura feminina <sup>37</sup>	
24	Folder educativo de cuidados paliativos pediátricos: um instrumental facilitador para comunicação entre equipe e binômio paciente/família <sup>38</sup>	Monica Pompiani Elaine de Freitas Mara Thereza Valente

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Em relação ao perfil dos autores citados, buscou-se elaborar um gráfico para traçar o vínculo institucional dos mesmos e esclarecer como a produção da categoria está sendo realizada, a fim de compreender se os debates da vida social estão ultrapassando o espaço acadêmico.

**Gráfico 2: Relação dos autores com o vínculo institucional**



Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Associado ao Quadro 1, o Gráfico 2 representa o vínculo institucional dos autores selecionados. Nota-se que a porcentagem de profissionais de serviço social que trabalham no

<sup>37</sup> NASCIMENTO, Andrêsa Melo da Silva; INACIO, Elisangela de Oliveira. RELAÇÕES PATRIARCAIS DE GÊNERO E FAMÍLIA: a centralidade da atenção ao tratamento da criança com câncer na figura feminina. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. v. 16, p. 1-13.

<sup>38</sup> POMPIANI, Monica; FREITAS, Elaine de; VALENTE, Mara Thereza. FOLDER EDUCATIVO DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS UM INSTRUMENTAL FACILITADOR PARA COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE E BINÔMIO PACIENTE/FAMÍLIA. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, Df: [S.N], 2019. v. 16, p. 1-12.

campo com os cuidados oncológicos e paliativos na produção dos artigos é superior as outras categorias. Na realização das leituras notou-se também que os estudantes de graduação, em sua maioria, manifestaram o contato com a área da oncologia através dos seus respectivos estágios. Esse fator remete a importância da formação permanente da categoria profissional. Pois, segundo Guerra e Braga (2009, p.21):

A crise capitalista, os ajustes neoliberais, a reação conservadora que domina as sociedades contemporâneas nesta fase do capitalismo impõem à categoria profissional – sujeito particular e coletivo – a luta contra a restauração das concepções e práticas controlistas, burocráticas e de inspençãoamento que marcam a profissão desde a sua gênese.

A formação permanente é necessária para a renovação, atualização e reflexão da prática. Sabe-se que, por muitas vezes, o cotidiano dificulta a reflexão crítica da realidade. Por isso, as possibilidades de formação permanente se tornam um meio para garantir a compreensão das relações sociais na realidade em que o profissional está inserido. A formação deve ser compreendida como um processo contínuo, logo:

[...] Formação é permanente porque é indispensável e é indispensável na medida mesma em que estamos inseridos em um mundo que é inacabado e no qual interferimos. O ser humano – inacabado também porque é histórico, e consciente deste inacabamento – descobre que quanto mais interfere no mundo, que ele não fez e já recebe, tanto mais se indaga [...]. Em síntese, uma vez que o homem é inconcluso porque histórico, não „é“, „está sendo“, e uma vez que a realidade que ele toca também não „é“, „está sendo“, o ato de tocar o mundo é permanente. (FREIRE, 1992, p.45 apud CARDOSO; NUNES; RODRIGUES, 2020, p.78)

## **4.2 Discussões e análises**

Os autores na elaboração dos seus estudos transcreveram suas experiências, manifestando a intervenção do Serviço Social no âmbito da oncologia e buscando a reflexão e aprofundamento da prática profissional do assistente social no processo de compreensão da realidade. Destaca-se a importância da produção de conhecimento associada a prática profissional, principalmente em relação aos profissionais que estão fora do meio acadêmico, uma vez que é necessário manter a qualificação da atuação profissional.

Nesse sentido, debater a prática profissional por meio da pesquisa permite a possibilidade de compreender a contemporaneidade, o que é fundamental para defrontar as diversas expressões da questão social que perpassa a vida dos usuários e da atuação profissional. Portanto, conforme Cassab (2007, p.56) “Assim, a pesquisa é um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico, e se constitui no caminho para se conhecer a realidade ou para se descobrir verdades”.

Os textos analisados tratam a questão da concepção de saúde de forma ampliada, onde é definida como estado de bem-estar físico, mental e social e não como a ausência de doença. Assim, conforme o artigo 9, tal conceito de saúde evidencia as expressões da questão social no momento em que assume junto ao significado o direito à alimentação, moradia, trabalho, educação, transporte, lazer, acesso aos bens e serviços e entre outros fatores vinculados a qualidade de vida e necessidade básicas. Portanto, conforme o artigo 14 também destaca, a concepção ampliada de saúde abrange as questões econômicas, políticas e sociais dos sujeitos. O processo de saúde-doença e as ações interventivas em saúde são historicamente determinados e podem incluir fatores ambientais, sociais, psicológicos e espirituais, tal como é o adoecimento por câncer.

Nesse sentido, em concordância com o artigo 18, ao compreender a saúde de forma ampliada, entende-se que cada sujeito apresenta uma particularidade no enfrentamento a doença. Por isso, é preciso compreender o contexto em que o usuário vive, visto que o adoecimento apresenta mais do que fatores físicos.

A temática dos cuidados paliativos na oncologia é bastante frequente nos relatos dos trabalhos analisados. As autoras do artigo 18, dão destaque a concepção dos direitos no debate da atenção paliativa, que consiste em “direito de não sentir dor, [...] direito de ser cuidado e atendido em suas necessidades até o final de seus dias, direito de ver seus familiares auxiliados [...]” (ANDRADE, 2008, p. 46 apud ROCHA; ANDRADE, 2019, p.2) / (artigo 18). Dessa maneira, o assistente social busca garantir a viabilização do acesso aos direitos sociais dos usuários. Conforme o artigo 17:

O acolhimento e a escuta são características do trabalho desse profissional, que, quando se depara com paciente em processo de cuidados paliativos, deve saber colher as informações no tempo certo, dar voz ao indivíduo e aos seus familiares, deixando-os extravasar suas tristezas e insatisfações com o problema. Conhecer a situação socioeconômica do paciente, os serviços disponíveis, as redes de suporte e canais para atender a demanda dos usuários também é fundamental (GÓIS et al, 2019, p.8)/ (artigo 17).

A discussão do artigo 9 ressalta em como a prática do assistente social nos cuidados paliativos está associada à instrumentalidade profissional, uma vez que o alívio do sofrimento dos usuários não é relacionado apenas ao uso de medicamentos, mas também engloba suas questões objetivas e subjetivas, onde o assistente social é demandado para viabilizar o acesso aos direitos dos sujeitos. Nesse sentido, as autoras afirmam que:

O assistente social insere-se na mediação entre o estado e o usuário, identificando questões que possam interferir no processo de tratamento, viabilizar o acesso aos

direitos e benefícios sociais, tendo como importante instrumento de orientação social a cartilha elaborada por assistentes sociais do Instituto Nacional do Câncer – INCA sobre Direitos Sociais da Pessoa Com Câncer (SOUZA et al., 2019, p.7)/(artigo 9)

Já as autoras do artigo 8, levaram ao CBAS a experiência profissional no Pós-óbito, onde é ofertado atendimento aos familiares de usuários após o óbito. O atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional, tendo o Serviço Social como profissional que orienta acerca dos direitos sociais aos familiares. Portanto, o trabalho do assistente social no atendimento pós-óbito, destaca-se que:

Grande parte das demandas trazidas pelos familiares estão relacionadas a requerimento de pensão por morte, requisição de provas que comprovem presença durante o tratamento, provas de que conviviam em união consensual com o usuário(a), acesso à herança, informações sobre divisão de bens, e informações sobre os direitos após o óbito do usuário(a). Contudo, alguns familiares buscam o atendimento pós-óbito solicitando esclarecimentos sobre procedimentos clínicos realizados e esclarecimento sobre os motivos do óbito. Esses casos são encaminhados aos setores responsáveis. Ainda, há aqueles familiares que retornam à instituição para agradecer o atendimento recebido durante o acompanhamento de saúde (FRANÇA et al., 2019, p.8) / (artigo 8).

Dessa forma, em relação a temática da família dos usuários, dá-se destaque ao artigo 4. Afirma-se a discussão sobre os cuidados oncológicos, considerando o papel da família – entendendo as suas diferentes concepções – no âmbito do cuidado por meio da perspectiva crítica, e que se trata de um fator que amplia a sobrecarga das famílias na provisão de proteção social dos sujeitos adoecidos por câncer. Ademais, faz-se um recorte a questão de gênero, identificando a imposição construída socialmente do cuidado como algo destinado às mulheres.

A concepção atual de família é historicamente construída na sociedade a partir dos ideais do sistema capitalista (OLIVEIRA, 2009b, p.23). O afastamento entre casa e indústria consolidou a compreensão de família nuclear burguesa, encarregando-a pela reprodução social, bem como todas as questões produzidas pelo campo da produção (MIOTO, 2010, p.170). Tal concepção de família consiste em:

[...] (1) tem sua origem no casamento; (2) é constituído pelo marido, pela esposa e pelos filhos provenientes de sua união; e (3) os membros da família estão unidos entre si por (a) laços legais, (b) direitos e obrigações econômicas e religiosas ou de outra espécie, (c) um entrelaçamento definido de direitos e proibições sexuais, e uma quantidade variada e diversificada de sentimentos psicológicos, tais como amor, afeto, respeito, medo e outros (LÉVI-STRAUSS, 1956, p.34 apud OLIVEIRA, 2009b, p.26).

Na atualidade essa concepção de família ainda é hegemônica, no entanto, não se pode ater-se a apenas uma compreensão, pois suas manifestações tem passado por variadas transformações. A família pode ser entendida a partir de uma vasta esfera de diferentes relações e modelos de convívio familiar (OLIVEIRA, 2009b, p.26).



Além disso, o artigo 4 ressalta sobre a responsabilização das famílias no cuidado em relação a discussão da transferência da responsabilidade sobre a proteção social do Estado para a família. O Estado neoliberal só passa a intervir quando a família falha na provisão da proteção social. De forma mais ampla:

O familismo é uma expressão que vem ganhando força no contexto do debate da política social, particularmente, a partir dos anos de 1990, e caracteriza-se pela máxima designação de obrigações à unidade familiar. A constituição e a oferta de recursos e serviços pressupõem a responsabilidade primeira e máxima às famílias na organização do bem-estar de seus membros em correlação com a falta de provisão de bem-estar estatal (ESPING-ANDERSEN, 2000). Cabe refletir o familismo como elemento organizativo da política social, que admite a gestão pública de riscos atrelada ao desempenho doméstico/familiar (FRANZONI, 2008), e pelo estabelecimento de diferentes possibilidades – ou impossibilidade – de correspondência entre as necessidades a serem atendidas pelas famílias e as condições efetivas para atendê-las quando inseridas em diferentes contextos sociais, econômicos, culturais e de classe. Assim, a família é componente fundamental das políticas sociais, na produção e no usufruto de bens e serviços. (Id. Ibid. apud GUTERRES et al. 2019, p.6)/(artigo 4)

As assistentes sociais do Instituto do Câncer do Ceará, autoras do artigo 10, também discutem a temática da família no cuidado oncológico e afirmam que a questão socioeconômica da família do usuário pode implicar diretamente nos cuidados terapêuticos da doença. Por isso, é necessário que o trabalho do assistente social seja, segundo as autoras:

[...] voltado a construção de intervenções que possam ser materializadas através de ações criativas, proativas, propositivas, mas que sejam caracterizadas por uma visão crítica que compreenda a família para além de conceitos tradicionais, carregados de preconceitos e papéis sociais pré-definidos (RAULINO et al.,2019, p.5)/(artigo 10)

As autoras também afirmam que em suas experiências no campo da oncologia em equipes multiprofissionais é possível identificar a dificuldade da compreensão dos usuários e acompanhantes em relação a concepção de família, além da percepção de família nuclear burguesa, afirmando a responsabilização da mulher no cuidado. Portanto, é preciso trabalhar tais concepções no atendimento com os usuários, assim como a necessidade de ampliação de políticas públicas as quais ofertem o suporte necessário às famílias no exercício do cuidado oncológico.

Nesse sentido, a discussão do artigo 23, contribui para a temática da responsabilização da figura feminina nos cuidados. Em sua pesquisa, no Hospital Napoleão Laureano, as autoras verificaram uma hegemonia na responsabilização da mulher no acompanhamento dos filhos adoecidos por câncer, conforme o observado:

Quando questionamos às entrevistadas sobre a participação do pai no processo de internação e tratamento das crianças, percebemos que 94% das crianças têm pai vivo. Contudo, apenas 41% acompanham indiretamente o tratamento do filho (a), enquanto que os demais 59% dos pais não participam de forma alguma da vida da criança (NASCIMENTO; INÁCIO, 2019, p.10)/(artigo 23)

Apesar da expansão feminina no mercado de trabalho, ainda sim, na perspectiva de família nuclear burguesa, a mulher é determinada pela sociedade, pelo Estado e pelo mercado como a principal encarregada dos cuidados com os filhos e da gestão do espaço familiar. Nesse sentido, as mudanças ocasionadas pelo diagnóstico do câncer têm trazido mais dificuldades, inquietações e responsabilidades, o que pode acabar ocasionando no adoecimento físico e mental dessas mulheres.

A assistente social, em seu trabalho no artigo 12, expõe os desafios para sua atuação no Instituto do Câncer do Ceará, diante de um cenário de supressão de direitos na política social de saúde. O atraso no acesso aos serviços dificulta um diagnóstico precoce, o que gera graves consequências a saúde dos usuários. Muitos dos usuários também tem seus tratamentos interrompidos em razão da lentidão na realização de exames necessários. A mesma autora aponta outros desafios em sua atuação como profissional de serviço social no campo do serviço público de saúde oncológica:

[...] diariamente deparo-me com a angústia de pacientes e familiares em busca de meios para a efetivação de um tratamento adequado para uma das doenças mais temidas de nossa sociedade. Neste espaço, presencio diariamente cenas de pacientes e familiares sendo negligenciados por seus municípios, que omitem transporte e assistência durante o tratamento. Acompanho famílias se unindo para conseguir custear um tratamento dispendioso e desgastante em virtude de um Estado omissivo com suas responsabilidades, seja por conta da demanda extremamente exacerbada, ou pelo contexto de desresponsabilização e de redução de custos por parte do Estado. Assim, assisto pacientes que são abandonados pela família e buscam o tratamento sozinhos, lutando contra o câncer, contra a fome e contra a solidão. Por vezes, deparo-me com cenas de desespero, de angústia, de tristeza e de medo daqueles que largam família, casa e cidade em busca da cura (RAULINO, 2019, p.3) / (artigo 12).

Posto isso, entende-se os obstáculos enfrentados pelos usuários adoecidos por câncer no acesso aos serviços de saúde e, segundo a autora, a grande necessidade do fortalecimento das redes de assistência. Da mesma maneira, as autoras do artigo 12, assistentes sociais do Hospital Ophir Loyola, também apontam as principais dificuldades do adoecimento por câncer na vida dos usuários, destacando todas as transformações significativas no cotidiano dos mesmos, conforme as autoras:

[...] a submissão ao tratamento oncológico requer condições objetivas e subjetivas do indivíduo e de sua família, haja vista o desgaste físico, emocional e material provocados. O tratamento é de longo prazo e invasivo associado a sintomas como dor, náuseas, vômitos, perda de peso, falta de apetite, feridas, dentre outros decorrentes da quimioterapia e/ou radioterapia, nos casos das cirurgias, ainda, pode haver amputações de membros do corpo, refletindo na alteração de sua imagem levando-o ao isolamento social. Quando a doença chega a uma fase dita avançada exige ações paliativas exclusivas, devido (geralmente) ao alto grau de dependência, gerado pela perda de capacidade funcional dessas pessoas e outros sintomas como dor descontrolada (ROGRIGUES; GOMES, 2019, p.4)/ (artigo 12).

Em sua pesquisa com usuários do hospital, as autoras do artigo 12, relatam que as consequências do adoecimento geram efeitos sociais e econômicos que ultrapassam as questões físicas da doença. Alguns usuários trabalhavam para obter a renda familiar no mercado informal, outros no meio rural, assim como aqueles responsáveis pelo trabalho doméstico. Com o adoecimento por câncer todos tiveram que suspender os trabalhos, passando a manter sua subsistência pelos benefícios socioassistenciais. No entanto, o adoecimento gera mais despesas, como alimentação, medicamentos, deslocamento aos hospitais, etc., o que torna os benefícios insuficientes para substituir a renda anterior ao adoecimento.

Nesse sentido, as autoras do artigo 13 trouxeram o conceito da “Dor Social” para explicar esse processo. A concepção de “dor social” não se define no sentido de dor física, mas de “um fenômeno sociocultural, atribuindo o significado que nenhum corpo existe fora do social e nem lhe antecede” (SARTI, 2001 apud SARDINHA; AMORIM, 2019, p.7) / (artigo 13).

Ainda na discussão do mesmo artigo, revela-se que a burocratização no acesso aos serviços de saúde é outro exemplo de como o adoecimento oncológico gera impactos na vida social dos sujeitos. Tal burocratização é refletida no atraso na garantia de acesso aos benefícios socioassistenciais e aos direitos trabalhistas, os quais são fundamentais para manter a subsistência desses indivíduos adoecidos pelo câncer, bem como seus familiares.

Destaca-se também o artigo 2, onde a autora mantém um posicionamento crítico ao compreender os princípios consolidados pela Reforma Sanitária e da necessidade de olhar os usuários como um todo e entendendo também suas individualidades. No entanto, afirma a existência de diferentes SUS e disparidades no interior do sistema de saúde, uma vez que, segundo a autora, a oferta de medicamentos, os demorados prazos de licitações, os processos de compras e fornecimento descontinuados são diferentes em cada unidade.

É importante reafirmar o SUS como um sistema único e universal, e entender que as disparidades do sistema de saúde, são desafios a serem superados, mas reafirmando o motivo para tal. Pode-se dizer que as disparidades no SUS, devem-se ao aumento dos gastos no setor privado e a redução com os gastos públicos. O princípio da equidade afirma as diferentes necessidades dos sujeitos, a fim de eliminar as desigualdades sociais. Apesar de ser um princípio do SUS, a iniquidade é presente em razão do baixo gasto público em saúde e do sistema tributário, o qual favorece a taxaço sobre o consumo, que acaba ampliando as desigualdades antes mesmo da aplicação dos recursos (BARROS; SOUSA, 2016, p.13).

Outra discussão importante a dar destaque é a temática apresentada pela autora do artigo 3, onde os usuários adoecidos por câncer são contraindicados ao tratamento oncológico pela ausência de suporte social adequado e de como os determinantes sociais podem afetar o processo de saúde. Segundo a autora:

A contraindicação para o tratamento oncológico pelos profissionais de Serviço Social ocorre quando há alguma condição social, familiar e/ou econômica que impede de dar seguimento à proposta terapêutica indicada e caso não haja outra proposta que sirva para o paciente e nenhuma opção de reverter essas condições sociais que interditam o desenvolvimento do tratamento (VIEIRA, 2019, p.6)/ (artigo 3).

A contraindicação só é realizada em caso de impossibilidade de mudança das condições existentes para dar início ou continuidade ao tratamento oncológico. A exemplo disso, a autora comenta:

[...] se é um paciente que precisa vir para o tratamento e ele não tem renda e não é possível reverter essa condição de renda, sabe-se que ele vai ter uma descontinuidade no tratamento, o que não traz benefícios para o usuário. Então, em vez de se fazer uso de um recurso que é escasso para um usuário que não tem condições sociais de dar conta do tratamento oncológico, é realizada a contraindicação nessa reunião multiprofissional (VIEIRA, 2019, p.6)/ (artigo 3).

O termo “contraindicação” gera uma certa inquietação. É apontado no texto que o ‘não tratar’ suspende apenas a possibilidade do tratamento, mas que não impossibilita os outros cuidados em relação ao adoecimento oncológico, como os cuidados paliativos. Compreende-se também a partir da leitura do artigo, que a contraindicação só é indicada após se esgotarem todas as possibilidades.

Ainda assim, destaca-se aqui a necessidade de discutir as possibilidades e os limites da atuação profissional em razão do avanço do capitalismo, o qual amplia a desigualdade social, o desemprego e precarização do trabalho e das políticas públicas, tonando-se um desafio para a consolidação do projeto ético-político da profissão.

As desigualdades sociais atingem principalmente os sujeitos mais fragilizados no cenário das relações sociais. É importante enfatizar a necessidade da existência de uma articulação com os usuários, a fim de socializar informações mesmo quando as possibilidades se esgotam e sempre afirmar a busca por alternativas de intervenção existentes.

Por isso, destaca-se a importância de compreender o cenário de retiradas de direitos sociais e manter o posicionamento voltado para universalidade, igualdade e equidade, pois se houvesse oferta de bens e serviços para todos, não existiria a necessidade de afirmar a contraindicação de um tratamento oncológico devido aos recursos escassos.

Através da análise realizada dos trabalhos selecionados, pôde-se constatar que as produções foram elaboradas em duas abordagens: descritiva e crítica. As produções descritivas apenas buscaram retratar a intervenção profissional do serviço social no cuidado oncológico, sem aprofundar em nenhuma discussão teórico-metodológica. Já as produções fundamentadas na perspectiva da teoria social crítica, fizeram um maior aprofundamento das análises, enfatizando o capital como motivador da transformação da saúde em mercadoria e do projeto neoliberal o qual cria um retrocesso nas conquistas sociais.

No entanto, o Projeto Ético-Político do Serviço Social aponta a inexistência de uma neutralidade, pois qualquer produção científica possuirá uma intencionalidade. A categoria profissional precisa buscar constantemente a superação da prática neutra, tecnicista e imediatista. Por isso, destaca-se a importância da defesa de um projeto profissional de caráter crítico que busque a construção de uma nova ordem societária, que conforme Guerra e Braga:

[...] exige o posicionamento contrário a toda forma de exploração, dominação e violência, a defesa de uma política econômica que garanta crescimento e redistribuição de riqueza, pelo direito ao trabalho e ampliação de salários, a defesa da educação laica, pública e de uma formação em Serviço Social com qualidade [...] (GUERRA; BRAGA, 2009, p.22)

Em síntese, a partir das discussões expostas, compreende-se a importância da intervenção profissional do Serviço Social sobre o processo de adoecimento oncológico, o qual produz implicações físicas, subjetivas, sociais e econômicas na vida dos sujeitos, esses que são estigmatizados negativamente e defrontam inúmeros conflitos. Por isso, é importante a qualificar a atuação e fortalecer os estudos sobre a temática.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta pesquisa permitiu compreender o atual cenário da Política de Saúde no Brasil, onde o capitalismo contemporâneo, intensificado pela ofensiva neoliberal, tem provocado a privatização dos serviços públicos, processos de contrarreforma das políticas sociais e tentativas constantes de sucateamento do SUS. Em consequência, a população tem sofrido com as perdas dos direitos sociais, com os impactos na saúde e em todos os âmbitos das condições de vida dos sujeitos.

A política neoliberal tem sido o principal obstáculo para a garantia dos direitos sociais, esses que têm sucumbido gradativamente à lógica do capital. Além disso, as consequências da acumulação capitalista tem sustentado o processo destrutivo do meio ambiente, o que afeta diretamente a saúde dos indivíduos. Nesse cenário de regressão das políticas sociais e de intensificação do desgaste do meio-ambiente, é necessário que os profissionais de Serviço Social estabeleçam a reflexão crítica sobre a problemática das relações de produção, que tem provocado graves impactos na saúde pública. Para isso, é preciso consolidar as diretrizes do Projeto Ético-Político e manter a formação contínua, aliada à sistematização da intervenção profissional e reforçando a produção teórica do Serviço Social.

Apesar das elaborações no 16º CBAS sobre o os cuidados oncológicos representarem apenas 1% do total de trabalhos, os dados apontam uma boa distribuição de profissionais fora do meio acadêmico que continuam mantendo a reflexão crítica e produzindo estudos sobre a temática. É preciso reafirmar o câncer como uma questão política de saúde pública e enfatizar o debate dos impactos socioeconômicos. Já em relação a perspectiva do cuidado, conclui-se que a figura da mulher continua sendo responsabilizada, comprometendo o bem-estar físico e subjetivo dessas que já perpassam por diferentes adversidades advindas do adoecimento de seu familiar. Com isso, entende-se a necessidade de superar o enfoque feminino no cuidado, assim como a superação da desigualdade de classe no processo de saúde-doença, onde o conjunto de dificuldades produzidos no atual cenário socioeconômico do país aponta para inúmeras desigualdades nas condições de enfrentamento do câncer e possibilita que determinados grupos sociais fiquem mais expostos ao desenvolvimento da doença.

As reflexões deste trabalho permitiram ampliar a compreensão sobre as repercussões do adoecimento na vida de acometidos por câncer e seus familiares, que atinge as condições físicas, psicológicas, econômicas e sociais dos mesmos. Com isso, pôde-se compreender que as

manifestações da questão social - oriundas da contradição fundamental do sistema capitalista - na vida de usuários adoecidos por câncer dificultam a continuação do tratamento desses indivíduos e afeta a qualidade de vida dos seus familiares.

Portanto, considerando o contexto atual, é fundamental buscar a construção de um projeto de sociedade que não se subordine à lógica do capital e que conduza à equidade, a universalidade do acesso aos serviços, em defesa aos princípios e diretrizes do SUS e ampliação dos direitos e políticas sociais.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMIDES, M.B.; CABRAL, M.S. A organização política do serviço social e o papel da ceneas/anas na virada do serviço social brasileiro. In: *30 Anos do Congresso da Virada*. CFESS: Brasília, 2009.
- ABREU, E. de. Pro-Onco 10 anos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, [S.L.], Vol.43 n° 4, Out/Nov/Dez, 1997.
- AÇÃO BRASILEIRA PELA NUTRIÇÃO E DIREITOS HUMANOS (ABRANDH). *O Direito Humano à alimentação Adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*. Organizadora, Marília Leão. – Brasília: ABRANDH, 2013.
- AGUIAR, L. F.; BARBOSA, N. M.; CAVALCANTI, S. A. U. Cuidado familiar de usuários oncológicos frente à contrarreforma do Estado brasileiro. *Serviço Social em Revista*, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 59, 8 set. 2020.
- ALVES, M. O.; BARROS, J. R.; MAGALHÃES, S. C.. M. *A importância do sistema único de saúde para o controle do câncer de mama no Brasil*. In: ANAIS DO IX SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE, 2019, Blumenau. Anais [...]. Blumenau: Instituto Federal Catarinense, 2019.
- ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serviço Social & Sociedade*, [S.L.], n. 123, p. 407-427, set. 2015.
- BARROS, F. P. C. de; SOUSA, M. F. de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o sus. *Saúde e Sociedade*, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 9-18, mar. 2016.
- BERLINGUER, G. *Globalização e saúde global*. Estudos Avançados 13 (35), 1999.
- BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS: os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 321 - 333, ago./dez. 2010.
- BRASIL. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde-NOB-SUS 1/96*. Brasília: Diário Oficial da Único, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *A situação do câncer no Brasil*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. -Rio de Janeiro: INCA, 2006a.
- BRASIL. Lei nº 11.346 de 15 set. 2006. *Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional*. Diário Oficial da União. 18 set. 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 874, de 16 de maio de 2013. *Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer*, 2013.
- BRAVO, M. I.; CORREIA, Maria Valéria. Desafios do controle social na atualidade. *Serviço Social & Sociedade*, [S.L.], n. 109, 126-150, jan./mar. 2012.
- CARDOSO, P. F. G.; NUNES, H. H. P.; RODRIGUES, T. de F. Serviço social e formação permanente: possibilidades de superação de cotidianos de alienação. *Revista Katálysis*, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 72-80, abr. 2020.
- CASSAB, L. A. Tessitura investigativa: a pesquisa científica no campo humano-social. *Rev. Katál*. Florianópolis v. 10 n. esp. p. 55-63. 2007.



CBAS. *XVI Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*, 2019. Pagina Inicial. Disponível em: <<http://www.cbas.com.br/>>. Acesso em: 26 de novembro de 2021.

CEOLIN, G. F. *Crise do capital, precarização do trabalho e impactos no Serviço Social*. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 118, p. 239-264, abr./jun. 2014.

CFESS. CBAS afirma: assistentes sociais seguem firmes em defesa da profissão. *Conselho Federal de Serviço Social - CFESS*, 2019. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1636>>. Acesso em: 26 de novembro de 2021.

COURI, J. R. *OS IMPASSES NO FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA ERA DA MUNDIALIZAÇÃO DO CAPITAL*. 2021. 197 f. Tese (Doutorado) – Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

FALEIROS, V. de P. *O que é política social*. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

FALEIROS, V. de P. O congresso brasileiro de assistentes sociais na conjuntura dos anos 70. In: *30 Anos do Congresso da Virada*. CFESS: Brasília, 2009.

FALEIROS, V. de P. Fome, pobreza e exclusão social: desafios para o governo e a sociedade. *SER Social*, [S. l.], n. 13, p. 109–130, 2009.

FLORIANI, C. A. Moderno movimento hospice: kalotanásia e o revivalismo estético da boa morte. *Rev. bioét.* Brasília; v. 21. n. 3, p. 397-404, 2014.

FRANÇA, F.C.O et al. *Mudanças dos hábitos alimentares provocados pela industrialização e o impacto sobre a saúde do brasileiro*. In: I SEMINÁRIO ALIMENTAÇÃO E CULTURA NA BAHIA, 2012, Bahia. Anais [...]. Bahia: Centro de Estudos do Recôncavo, 2012.

FRANÇA, A. O. S. de et al. *O ASSISTENTE SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS: experiências e reflexões sobre as orientações no pós-óbito*. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, DF. v. 16, p. 1-10, 2019.

FREIRE, L. M. de B.; PRESCHOLDT, S. G de A. Desenvolvimento às avessas e depredação socioambiental por uma mineradora. *Serviço Social & Sociedade*, [S.L.], n. 123, p. 476-500, set. 2015.

GIONGO, C. R.; MENDES, J. M. R.; SANTOS, F. K. Desenvolvimento, saúde e meio ambiente: contradições na construção de hidrelétricas. *Serviço Social & Sociedade*, [S.L.], n. 123, p. 501-522, set. 2015.

GÓIS, C. C. et al. *CUIDADOS PALIATIVOS: conhecendo e disseminando o trabalho do assistente social no campo dos cuidados paliativos*. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, DF. v. 16, p. 1-10, 2019.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. *Estudos Avançados*, [S.L.], v. 30, n. 88, p. 155-166, dez. 2016.

GUERRA, Y. et al. *O debate contemporâneo da “Questão Social”*. III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, São Luís. MA, ago. 2007.

GUERRA, I.; BRAGA, M. E. Supervisão em Serviço Social. In: CFESS, *Serviço Social: Direitos e competências profissionais*. Brasília: CFESS, 2009.

GUTERRES, Erica Natacha et al. *DEMANDAS DE CUIDADOS DOS USUÁRIOS EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS: a centralidade da família nas políticas sociais*. In:

16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...] Brasília, DF. v. 16, p. 1-10, 2019.*

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer.* Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro: INCA, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Diálogos em Saúde Pública e Serviço Social: a experiência do assistente social em oncologia.* Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 1. reimpr. – Rio de Janeiro: Inca, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil.* Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro : INCA, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Ambiente, trabalho e câncer: aspectos epidemiológicos, toxicológicos e regulatórios.* Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro : INCA, 2021.

KUBO, S. E. dos A. C. *Consumo alimentar da população em risco de insegurança alimentar grave no Brasil.* 2018. 110 f. Tese (Doutorado) - Curso de Faculdade de Ciências da Saúde, Nutrição, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

LEITE, S. S. *A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NA HISTÓRIA E SEUS DILEMAS NO CENÁRIO RECENTE: um debate necessário!* V Jornada Internacional de Políticas Públicas (V JOINPP), São Luís. MA, ago. 2011.

LENHANI, B. E. *Qualidade de morte em cuidados paliativos oncológicos: estudos de casos múltiplos.* Curitiba, 2015.

LÖWY, M. *Crise Ecológica, Crise Capitalista, Crise De Civilização: a alternativa ecossocialista.* CADERNO CRH, Salvador, v. 26, 67, p. 79-86, Jan./Abr. 2013.

MACAMBIRA, D. D. C. B.; TEIXEIRA, S. M. *A saúde mental do trabalhador na era do Capitalismo Monopolista.* In: VIII JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2017, São Luis. Anais... São Luis: UFMA, 2017.

MACHADO, E. M. *Questão Social: Objeto do Serviço Social? Serviço Social em Revista.* Volume 2, Número 1. jul/dez. 1999.

MACIEL, S. M. *A Política de Saúde Brasileira a partir de 1988: resultados e desafios atuais.* In: Jornada Internacional de Políticas Públicas: Para Além da Crise Global: Experiências e Antecipações Concretas, São Luiz – MA, 2015.

MARX, K. *O Capital: Crítica Da Economia Política.* São Paulo: Nova Cultura, cap. XXIV, p. 339- 381, 1996.

MENDES, A.; CARNUT, L. *Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira.* *Saúde e Sociedade*, [S.L.], v. 27, n. 4, p. 1105-1119, out. 2018.

MENDES, A.; CARNUT, L. *Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento.* *SER Social: Brasília*, v. 22, n. 46, 2020.

- MENDES, E. V. *25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. Estudos Avançados*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.
- MENDES, J. M. R.; GARCIA, M. L. T.; OLIVEIRA, E. F. dos A.; FERNANDES, R. M. C. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 10, n. 2, p. 331 - 344, ago./dez. 2011.
- MENDES, J. M. R.; WÜNSCH, D. S. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. *Serviço Social & Sociedade*, [S.L.], n. 107, p. 461-481, set. 2011.
- MIOTO, R.C.T. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. *Serviço Social em Revista*, Londrina, V. 12, n. 2, jan/jun. 2010.
- MORAIS, H. M. M. de. et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 34, n. 1, p. 1-13, 5 fev. 2018.
- NASCIMENTO, A. M. da S.; INACIO, E. de O. *RELAÇÕES PATRIARCAIS DE GÊNERO E FAMÍLIA*: a centralidade da atenção ao tratamento da criança com câncer na figura feminina. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, DF. v. 16, p. 1-10, 2019.
- NETTO, J. P. *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*. 8. Ed. – São Paulo: Cortez, 2011.
- OLIVEIRA, N.H.D. RECOMEÇAR: família, filhos e desafios. 2009. 219 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Universidade Estadual Paulista, Franca, 2009a.
- OLIVEIRA, P. P. de. *O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE*: trajetória, demandas e enfrentamentos no âmbito hospitalar. 2009. 78 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Departamento de Serviço Social do Centro Sócio Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009b.
- OLIVEIRA, L. F. *A Atenção Oncológica no Brasil*: reflexões sobre o acesso. In: Anais do 6º Encontro Internacional de Política Social e 13º Encontro Nacional de Política Social; Duzentos anos depois: a atualidade de Karl Marx para pensar a crise do capitalismo. 2018, Vitória. *Anais [...]*. Vitória: UFES, 2018.
- PASSOS, R. G. Trabalho, cuidado e sociabilidade: contribuições marxianas para o debate contemporâneo. *Serviço Social & Sociedade*, [S.L.], n. 126, p. 281-301, jun. 2016.
- PINHEIRO, A. R. de O.; CARVALHO, M. de F. C. C. de. Transformando o problema da fome em questão alimentar e nutricional: uma crônica desigualdade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 121-130, jan. 2010.
- RAULINO, A. B. et al. *SERVIÇO SOCIAL E ONCOLOGIA*: perspectivas do trabalho profissional diante da família. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, DF. v. 16, p. 1-10, 2019.
- RAULINO, A. B. *O SISTEMA DE REGULAÇÃO CENTRADO NO PACIENTE ONCOLÓGICO*: uma análise dos entraves para efetivação do tratamento. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, DF. v. 16, p. 1-10, 2019.
- REDE PENSSAN. VIGISAN, *Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil*. 2021.

- RODRIGUES, F. S.; GOMES, V. L. B. *ADOCIMENTO POR CÂNCER E SUAS REPERCUSSÕES NA VIDA DOS USUÁRIOS EM CUIDADOS PALIATIVOS*. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, DF. v. 16, p. 1-10, 2019.
- SARDINHA, A. L. B.; AMORIM, R. da S. *SERVIÇO SOCIAL E CUIDADOS PALIATIVOS: a dor social na interface com a relação socioeconômica de usuário com câncer*. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, DF. v. 16, p. 1-10, 2019.
- SANTOS, J. S. *“Questão Social”*: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.
- SANTOS, G. M.; YENDO A. M. *As Estruturas Econômica e Política do Modo de Produção Capitalista: Desafios para a efetivação do Projeto Ético-Político*. Ponta Grossa, Paraná: Congresso Paranaense de Assistentes Sociais, 2019.
- SILVA, L. K. M.; BARROS JÚNIOR, F. de O. Os percalços de uma política: relação à brasileira entre o Estado e a Política de Combate ao Câncer. *Serviço Social & Saúde* (UNICAMP), v. 12, p. 31-52, 2013.
- SILVA, J. J. L.; CORREIA, M. V. S.; SANTOS, V. M. dos. *Política de Saúde e Desmonte do SUS no Governo Temer*. *SER Social*, [S. 1.], v. 23, n. 48, p. 191–210, 2021.
- SOUZA, J. T. C. de *et al.* *A DIMENSÃO TÉCNICO OPERATIVA DO SERVIÇO SOCIAL EM CUIDADOS PALIATIVOS: relato de experiência profissional em um hospital referência em oncologia do estado do Pará*. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, DF. v. 16, p. 1-10, 2019.
- TEIXEIRA, L. A; PORTO, M; HABIB, P. A. B. B. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. *Cad. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, 20 (3): 375-80, 2012.
- VIEIRA, G. da S. *A CONTRAINDICAÇÃO DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO PARA PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL*. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília, Df. *Anais [...]*. Brasília, DF. v. 16, p. 1-10, 2019.
- WÜNSCH FILHO, V; ANTUNES, J. L. F; BOING, A. F.; LORENZI, R. L. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 18, n. 3, p. 427-450, set. 2008.