



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Faculdade de Serviço Social

Laura Freitas Oliveira

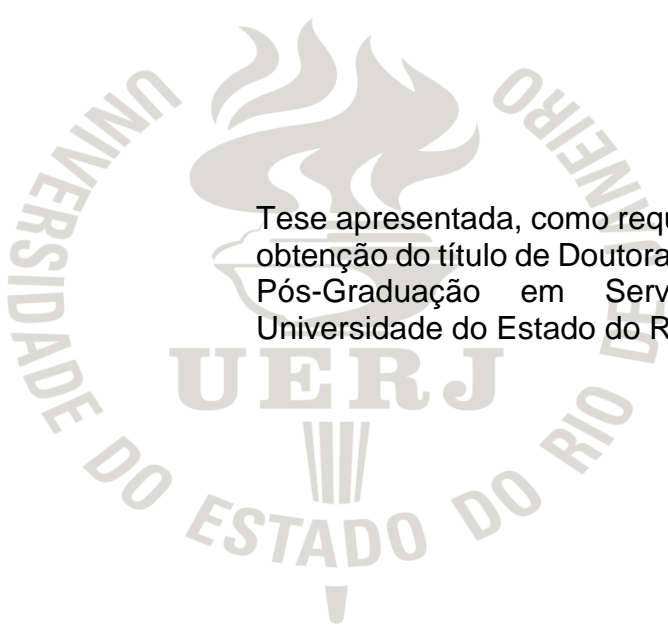
**Judicialização do acesso ao tratamento oncológico e efetivação do
direito constitucional à saúde: a particularidade do Hospital do
Câncer I no segundo decênio do século XXI**

Rio de Janeiro

2021

Laura Freitas Oliveira

Judicialização do acesso ao tratamento oncológico e efetivação do direito constitucional à saúde: a particularidade do Hospital do Câncer I no segundo decênio do século XXI



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof^a. Dra. Silene de Moraes Freire

Rio de Janeiro

2021

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

O48	<p>Oliveira, Laura Freitas. Judicialização do acesso ao tratamento oncológico e efetivação do direito constitucional à saúde: a particularidade do Hospital do Câncer I no segundo decênio do século XXI / Laura Freitas Oliveira. – 2021. 235 f.</p> <p>Orientadora: Silene de Moraes Freire. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social.</p> <p>1. Política de saúde – Teses. 2. Serviço Social – Teses. 3. Justiça – Teses. I. Freire, Silene de Moraes. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social. III. Título.</p> <p>CDU 614</p>
-----	--

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

Assinatura

Data

Laura Freitas Oliveira

Judicialização do acesso ao tratamento oncológico e efetivação do direito constitucional à saúde: a particularidade do Hospital do Câncer I no segundo decênio do século XXI

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovado em: 08 de novembro de 2021

Banca Examinadora:

Prof^a. Dra. Silene de Moraes Freire (Orientadora)

Faculdade de Serviço Social - UERJ

Prof. Dr. Maurilio de Castro Matos

Faculdade de Serviço Social - UERJ

Prof^a. Dra. Vânia Morales Sierra

Faculdade de Serviço Social - UERJ

Prof^a. Dra. Yolanda Aparecida Demetrio Guerra

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a. Dra. Roberta Duboc Pedrinha

Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

Aos trabalhadores e trabalhadoras do SUS, com toda a minha admiração.

AGRADECIMENTOS

Mais uma vez, tantos e tanto a agradecer...

Aos meus pais, Jane Maria e José Clovis, profissionais da saúde, do SUS, sempre atentos às minhas necessidades formativas, em todos os aspectos da minha vida. Gratidão permeada de todo o meu amor...

Ao Flavinho, que acompanha essa caminhada, muitas vezes abdicando daquele tempo a desfrutar juntos, sempre compreensivo com os meus anseios profissionais, oferecendo o suporte afetivo e técnico necessário para o cumprimento destas empreitadas. Obrigada, meu Bem!

Àquelas que, de colegas de trabalho, passaram a grandes amigas. Que privilégio poder contar com seu apoio, auxílio e companhia nesta trajetória muitas vezes tão pesada e difícil: Ana Raquel, Cecília, Érika e Renata, meu carinho e admiração!

Também aos colegas que prestaram suporte e deram instruções e sugestões preciosas para a realização da pesquisa e o desenvolvimento do estudo: Fernando e Senir, muito obrigada pela disponibilidade e generosidade de sempre.

À colega Adriana Weitzel, sempre disponível, paciente e zelosa comigo, trazendo uma face humana às necessárias, porém trabalhosas, burocracias institucionais. Como isso faz diferença! Minha sincera gratidão.

À equipe de Serviço Social do HC I, por toda a acolhida nos momentos mais difíceis, em especial Simone e Fabiana, e à colega Luciana, pelo incentivo, quando o doutorado ainda era um projeto.

À Pilar, amiga que a vida tornou irmã, pela disponibilidade, cuidado e carinho de sempre. Te amo!

Aos colegas de doutorado, que tornaram mais leve e divertido esse processo. Já com imensa saudade das resenhas, regadas de afeto, que deram sentido à palavra companheirismo: Alessandra, Ana Luiza, Ana Paula, Conceição, Fabio Fraga, Fabio Simas, Fernanda, Jéssyka, Natalia e Jonas, que se tornou amigo para a vida!

À minha orientadora, professora Silene, que se fez presente mesmo à distância, sobretudo nestes momentos finais, contribuindo de forma determinante para a elaboração da tese.

Aos professores Jadir Anunciação de Brito, Roberta Duboc Pedrinha e Vânia Morales Sierra que permitiram um aprofundamento teórico e analítico através das preciosas contribuições na banca de qualificação.

Aos professores Maurilio de Castro Matos, Yolanda Aparecida Demetrio Guerra, e, novamente, Roberta Pedrinha e Vânia Sierra, por aceitarem o convite para compor a banca examinadora de defesa da tese, disponibilizando seu tempo, competência e conhecimentos, que certamente trarão grandes contribuições ao estudo.

O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia a dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários.

Marilda Yamamoto, 2005, p. 17

RESUMO

OLIVEIRA, Laura Freitas. *A judicialização do acesso ao tratamento no SUS como forma de efetivação do direito constitucional à saúde: um estudo no Hospital do Câncer I no segundo decênio do século XXI*. 2021. 235 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

A presente tese tem como temática a judicialização do acesso ao tratamento oncológico no Hospital do Câncer I do Instituto Nacional de Câncer. A partir da Constituição Federal de 1988, houve uma alteração na forma como se encaram os direitos previstos, já que, uma vez anunciado constitucionalmente, um direito fundamental pode ser demandado também por ação judicial. A carta magna trouxe avanços significativos a partir da concepção de uma política de saúde universal e gratuita, concretizada no Sistema Único de Saúde – SUS. A partir deste trânsito no modo como são tratados os direitos fundamentais no país e da ampliação da possibilidade de acesso aos órgãos judiciais pela população, começa a ganhar destaque o processo de judicialização da saúde no Brasil. O ajuste neoliberal que se segue leva a um sucateamento da política de saúde, aprofundando o movimento de busca por saídas judiciais como forma de suprir omissões ou a ineficácia do Estado no âmbito das políticas sociais. O debate proposto levanta, portanto, reflexões sobre a judicialização na área da saúde, tomando como exemplo o caso brasileiro, levando em conta as suas especificidades, conformadas por uma inserção periférica no sistema capitalista. O trabalho busca contemplar, para o cumprimento dos objetivos propostos, o debate sobre “questão social” e pobreza, formação social do Brasil e uma breve trajetória do acesso à saúde no país, além de apresentar elementos para a crítica da judicialização, passando pelo debate sobre o direito no capitalismo e o modo como o serviço social está inserido neste contexto. Como parte do estudo proposto, com o objetivo de analisar o acesso da população ao tratamento de câncer no Hospital do Câncer I através da judicialização, foi elaborada pesquisa exploratória, utilizando-se de procedimentos metodológicos quantitativos e qualitativos, a partir do levantamento dos casos de usuários(as) que acessaram o tratamento por via judicial em clínicas selecionadas da unidade hospitalar, entre janeiro de 2010 e dezembro de 2019. Deste modo, foi possível desenhar um perfil socioeconômico e de adoecimento deste público, e da judicialização em si, a partir das informações coletadas.

Palavras-chave: Política de saúde. Justiça. Serviço Social.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Laura Freitas. *The judicialization of access to treatment in the SUS as a way of enforcing the constitutional right to health: a study at the Hospital do Câncer I in the second decade of the 21st century*. 2021. 235 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

The theme of this thesis is the judicialization of access to cancer treatment at the Cancer Hospital I of the National Cancer Institute. Since the Federal Constitution of 1988, there has been a change in the way the envisaged rights are viewed, since, once constitutionally provided for, a fundamental right can be required, including through legal action. The Constitution brought significant advances from the conception of a universal and free health policy, materialized in the SUS, the Brazilian unified health system. From this change in the way fundamental rights are treated in Brazil, and the expansion of the population's access to judicial organizations, the process of judicialization of health in Brazil begins to gain prominence. The neoliberal adjustment that follows leads to a scrapping of health policy, deepening the movement to seek legal solutions as a way to make up for omissions or the State's inefficiency in the sphere of social policies. Therefore, the proposed debate raises reflections on judicialization in the health area, taking the Brazilian case as an example, taking into account its specificities, shaped by a peripheral insertion in the capitalism. The work sought to contemplate, for the fulfillment of the proposed objectives, the debate on "social issue" and poverty, social formation in Brazil and a brief trajectory of access to health in the country, in addition to presenting elements for reviewing the judicialization, going through the debate on the right in capitalism and the way in which social work is inserted in this context. As part of the proposed study, with the objective of analyzing the population's access to cancer treatment at Hospital do Câncer I through judicialization, an exploratory research was carried out, using quantitative and qualitative methodological procedures, based on the survey of cases of users who accessed the treatment by judicial means in selected clinics of the hospital, between January 2010 and December 2019. In this way, it was possible to draw a socioeconomic and illness profile of this public, and of the judicialization itself, from the information collected.

Keywords: Health policy. Justice. Social Work.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil socioeconômico dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019.....	157
Tabela 2 - Sexo dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019.....	159
Tabela 3 - Faixa etária dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019.....	161
Tabela 4 - Raça / Cor da pele dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019.....	163
Tabela 5 - Estado Civil dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019.....	166
Tabela 6 - Escolaridade dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019.....	167
Tabela 7 - Renda dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019.....	169
Tabela 8 - Situação previdenciária dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019.....	170
Tabela 9 - Região de origem dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019.....	171
Tabela 10 - Clínica de origem dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019.....	174
Tabela 11 - Clínica de origem dos(as) usuários(as) com pedido judicial não matriculados(as) no HC I – 2010 a 2019.....	176
Tabela 12 - Status do tratamento dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019.....	176
Tabela 13 - Tempo de evolução a óbito dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019.....	177
Tabela 14 - Origem da demanda judicial dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019.....	182
Tabela 15 - Origem da demanda judicial dos(as) usuários(as) com pedido judicial não matriculados(as) no HC I – 2010 a 2019.....	185
Tabela 16 - Intervalo de tempo para acesso dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019.....	186

Tabela 17 - Intervalo de tempo das matrículas anteriores à demanda judicial no HC I – 2010 a 2019.....	187
Tabela 18 - Demanda judicial dos(as) usuários(as) matriculados(as) por clínica no HC I – 2010 a 2019.....	187
Tabela 19 - Usuários(as) matriculados(as) por clínica no HC I – 2010 a 2019...	189
Tabela 20 - Percentual de demanda judicial por clínica no HC I – 2010 a 2019.	190

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
AGU	Advocacia-Geral da União
AP	Área de Planejamento
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CACON	Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNCC	Campanha Nacional de Combate ao Câncer
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CRLS	Câmara de Resolução de Litígios em Saúde
DPGE-RJ	Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro
DPU	Defensoria Pública da União
DRU	Desvinculação das Receitas da União
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EC	Emenda Constitucional
FOS-S	Fosfoetanolamina Sintética
HC I	Hospital do Câncer I
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
INSPER	Instituto de Ensino e Pesquisa
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
JEF	Juizado Especial Federal
JF	Justiça Federal
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MEI	Microempreendedor individual
MP	Ministério Público

MPV	Medida Provisória
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organização Social
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PcD	Pessoa com deficiência
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PGE-RJ	Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro
PIB	Produto Interno Bruto
PJ	Pessoa Jurídica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
RAS	Redes de Atenção em Saúde
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
RJU	Regime Jurídico Único dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais
SER	Sistema Estadual de Regulação
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SES-RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SETRANS	Secretaria de Transportes do Estado do Rio de Janeiro
SISREG	Sistema de Regulação
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
TJ	Tribunal de Justiça
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	14
1	CAPITALISMO, QUESTÃO SOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO	30
1.1	“Questão social” e pobreza: apontamentos iniciais.....	30
1.2	Formação socioeconômica brasileira: aportes para a compreensão das políticas sociais.....	54
1.3	A política social de saúde no Brasil.....	70
1.3.1	<u>O acesso ao tratamento oncológico no SUS</u>	100
2	JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL	109
2.1	Justiça constitucional e judicialização: elementos para o debate.....	109
2.2	Oncologia, judicialização do acesso à saúde e serviço social.....	125
3	A JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO NO HC I / INCA.....	144
3.1	Procedimentos de pesquisa: delineamento do estudo empírico.....	147
3.1.1	<u>A particularidade da judicialização no HC I: perfil dos(as) demandantes...</u>	155
3.2	A judicialização do tratamento oncológico e os desafios ao Serviço Social no HC I.....	191
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	204
	REFERÊNCIAS.....	215

INTRODUÇÃO

A presente tese tem como temática de investigação a judicialização para o acesso ao tratamento de alta complexidade do Sistema Único de Saúde, mais especificamente na área da oncologia, fruto da nossa inserção profissional no Hospital do Câncer I, uma das unidades assistenciais do Instituto Nacional de Câncer – INCA iniciada no ano de 2011.

Nossa trajetória profissional, desde a graduação até o doutorado, esteve marcada por variadas experiências profissionais, iniciando-se no sistema penitenciário, temática de investigação do trabalho de conclusão de curso de graduação e da dissertação de mestrado, concluídos respectivamente nos anos de 2007 e 2010. Naquele momento, a nossa inserção profissional passou pela SEAP-RJ (Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro), inicialmente como campo de estágio curricular e extra-curricular, além de um curto período como profissional contratada e, posteriormente, pelo DEPEN (Departamento Penitenciário Nacional), em uma penitenciária federal, de 2009 a 2011. O ingresso na área da saúde se deu por meio de concurso público, no ano de 2011, na referida unidade hospitalar, quando foi solicitada a vacância do Ministério da Justiça (DEPEN) para assumir o cargo, vinculado ao Ministério da Saúde.

A partir do momento em que ingressamos no Sistema Único de Saúde - SUS, novas questões começaram a chamar nossa atenção, tanto no âmbito da vivência profissional quanto no que se refere às reflexões teóricas sobre os diferentes contextos apresentados no cotidiano de trabalho. Ao mesmo tempo, reforçava-se, a cada ano, o interesse em retornar ao espaço acadêmico através do curso de doutorado em Serviço Social, o que permitiria não só um aprofundamento sobre a política de saúde dentro de um contexto macroeconômico e social, mas também encontrar, através da reflexão crítica e da incursão nos fundamentos e nos debates contemporâneos sobre a profissão e a dinâmica societária, as oportunidades de desvelamento da realidade que se apresentava a cada dia na vivência junto à população usuária do INCA.

As unidades hospitalares do INCA estão vinculadas diretamente ao Ministério da Saúde, integrando o SUS, e oferecem tratamento integral às pessoas com câncer. O INCA possui cinco unidades hospitalares no município do Rio de Janeiro e o Hospital do Câncer I, que se constituiu em lócus da pesquisa de campo, atende

crianças com diversos tipos de câncer e adultos com câncer nas regiões do aparelho digestivo, cabeça e pescoço, tórax, pele, além de prestar atendimento em neurocirurgia oncológica, urologia oncológica, hematologia oncológica, radioterapia e braquiterapia.

A missão institucional do INCA¹ estabelece que as atividades profissionais realizadas envolvam não apenas a assistência direta ao(à) usuário(a), que, no que diz respeito ao Serviço Social, baseia-se nos atendimentos aos(às) pacientes e seus familiares ou pessoas de referência no tratamento, tanto em ambulatórios quanto em enfermarias. Deste modo, também são parte da rotina de trabalho as atividades de ensino, destacando-se a atuação da equipe no Programa de Residência Multiprofissional do INCA, nos eixos transversal e específico, com a organização de módulos teóricos e teórico-práticos, elaboração e realização de aulas, orientação de TCR, além de atividades externas. Por fim, a pesquisa também é parte fundamental na atuação do(a) assistente social no HC I através, entre outros, da capacitação e aprimoramento em cursos lato e stricto sensu, visando aproximar as atividades do cotidiano à reflexão científica, permitindo também, como exemplifica a presente proposta, a abertura de linhas de pesquisa em que poderão atuar outros membros da equipe e residentes do corpo discente da área.

É neste contexto que as questões de partida para a pesquisa se colocaram, pois, afinal, como lembra Minayo (2000, p. 90), “nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”. A temática se originou, assim, de reflexão e experiência profissional enquanto assistente social daquela unidade hospitalar federal da alta complexidade do SUS, em meio às tantas manifestações da “questão social”, traduzidas no cotidiano profissional. O estudo parte, portanto, de inquietações acerca das dificuldades enfrentadas pela população para acessar o atendimento na alta complexidade do SUS e do interesse acadêmico quanto à judicialização da “questão social”, considerada parte de um processo derivado da problemática da judicialização da política, enquanto alternativa para a efetivação do tratamento na rede pública de saúde, mais especificamente, na área de Atenção Oncológica do SUS, terreno no qual se dá a investigação.

¹ “Promover o controle do câncer com ações nacionais integradas em prevenção, assistência, ensino e pesquisa”.

Assim sendo, a hipótese que se coloca é que a negação do direito à saúde, como parte das contrarreformas² encetadas nas duas últimas décadas, somada a uma ampliação do acesso à Justiça³ no Brasil, a partir da Constituição de 1988, pode ter reorientado o modo de ingresso na alta complexidade do SUS, refletindo-se na forma como é acessado o tratamento no Hospital do Câncer I / INCA. No processo de investigação e pesquisa, portanto, durante o curso de doutorado, a tese foi orientada pelas seguintes questões: como o acesso à saúde, no nível de alta complexidade do SUS, no caso do HC I/INCA, tem sido vivenciado e enfrentado pela população, em um contexto de implantação do Sistema Estadual de Regulação - SER, e quais são os entraves experimentados pela mesma que transladam para o Judiciário competências da esfera Executiva de poder?

É possível encontrar variadas perspectivas sobre o conceito de judicialização no âmbito da literatura sobre o tema, indo desde a compreensão positivista, que toma a possibilidade de levar litígios aos tribunais como uma simples forma de garantir o acesso a direitos, até aquela que concebe o fenômeno como “apenas mais uma forma fetichizada de expressão das relações capitalistas de produção” (ALAPANIAN, 2012, s.p.). No presente trabalho, compreendemos a judicialização como processo próprio do sistema capitalista de produção, tomando a concepção de Pachukanis (2017), que considera a norma jurídica, com todos os seus elementos, como espelho da forma mercadoria como analisada em Marx (2017). Como consequência, entende-se que o direito, como a mercadoria, é elemento enraizado no modo de produção capitalista, ou seja, é estrutural. Deste modo, consideramos aqui que a judicialização é marcada

² Para compreender o conceito de contrarreforma, que faz parte – ainda que marginalmente, como nos lembra Coutinho (2010, s.p.) – do aparato categorial de Gramsci, é necessário desvendar ao menos a diferença entre este e o conceito de revolução passiva, instrumento-chave de que Gramsci se serve para analisar inicialmente os eventos da formação do Estado burguês moderno na Itália e também “como critério de interpretação de fatos sociais complexos e até mesmo de inteiras épocas históricas”. Uma revolução passiva, em Gramsci, caracteriza-se sempre pela presença de dois momentos: “o da ‘restauração’ (trata-se sempre de uma reação conservadora à possibilidade de uma transformação efetiva e radical proveniente ‘de baixo’) e da ‘renovação’ (no qual algumas das demandas populares são satisfeitas ‘pelo alto’, através de ‘concessões’ das camadas dominantes)”. Seria, portanto, um reformismo “pelo alto”, como indica o autor. Segundo o mesmo, a diferença essencial entre uma revolução passiva e uma contrarreforma reside no fato de que, “enquanto na primeira certamente existem ‘restaurações’, mas que ‘acolheram uma certa parte das exigências que vinham de baixo’, como diz Gramsci, na segunda é preponderante não o momento do novo, mas precisamente o do velho.” O autor continua: “uma outra importante observação de Gramsci refere-se ao fato de que a contrarreforma não se define como tal, mas busca apresentar-se também ela como uma ‘reforma’”. É neste sentido que aqui se deseja apresentar este conceito.

³ O termo Justiça, com inicial maiúscula, é aqui utilizado sempre que se referir ao sistema de justiça.

pela lógica capitalista, que inaugura a ideia de *sujeito de direito* como uma das bases estruturantes deste modo de produção, uma vez que viabiliza a compra e venda da força de trabalho em uma perspectiva de igualdade legal, ou contratual, entre trabalhador e capitalista e, na atualidade, complexifica-se na mistificação da lógica do direito do consumidor, por exemplo, que aqui poderia ser traduzida no ideal de acesso a direitos e serviços que estariam supostamente garantidos universalmente.

De acordo com Asensi (2010, p. 41-42), “a perspectiva que enfatiza o movimento de judicialização, seja da política, seja das relações sociais, evidencia que o Judiciário passa a ocupar centralidade no processo de resolução de conflitos políticos e sociais”. Este movimento ocorre como um dos reflexos de um contexto mais amplo de avanço da justiça constitucional⁴ sobre o espaço da política majoritária, destacadamente a partir do advento dos tribunais constitucionais europeus, sobretudo nos países ocidentais, na segunda metade do século XX. Vianna (2009, p. 55) reforça esta constatação na medida em que acena para o surgimento de “novas arenas para a vida democrática fora da representação política no mundo da representação funcional”, a partir de formas mais francas de acesso à Justiça e mecanismos como a ação civil pública, que permitem uma maior participação da sociedade na elaboração do direito. Segundo este autor, a judicialização da política, neste sentido, seria inarredável e verificada no mundo inteiro, ainda que característica específica dos países democráticos.

No Brasil, esta realidade se manifesta principalmente após a promulgação da Constituição de 1988, que garante as bases para a ampliação da atuação do Supremo Tribunal Federal perante a sociedade, marcando um aumento da fluidez na fronteira entre política e Justiça, que pode ser explicado pelo sistema de controle de constitucionalidade adotado no país a partir de então. A constituição em vigor no Brasil marca ainda, no campo da ordem social, o reconhecimento formal de direitos como parte de um processo de abertura do regime na década de 1980, quando se encerra o período de ditadura militar que marcou os vinte anos anteriores. Naquele momento, muitas das bandeiras de luta da sociedade civil e de movimentos sociais são acolhidas no texto constitucional, apontando para a possibilidade de significativos avanços, ao menos nos marcos legais, para o conjunto da sociedade.

⁴ Conforme define Kelsen (2003, p. 90), no presente estudo o termo justiça constitucional se refere à questão da *garantia jurisdicional da Constituição*.

Também a saúde ganha, no texto constitucional, *status* de cláusula pétrea, instituída então como direito fundamental insuprimível e inalterável, e a lei 8.080, de 1990, consolidará a política, ao regulamentar o sistema de saúde brasileiro através da organização do SUS, que traz em sua história e em seus princípios e diretrizes a influência do projeto da reforma sanitária⁵. Diretamente vinculada ao direito à vida e à dignidade humana, sua inviolabilidade fica, assim, patente, e a magnitude de sua importância traz consigo o imperativo de sua defesa intransigente, enquanto política pública, gratuita e de qualidade. Ao mesmo tempo, porém, ganhava espaço e estabelecia-se, desde a década de 1970, um movimento de ascensão do neoliberalismo, a nível internacional, em um contexto de reestruturação produtiva do sistema capitalista de produção.

No que se refere à tentativa de construção de um Estado de Bem-Estar Social⁶, revela-se então, o anacronismo do Brasil, uma vez que os países cujas políticas e programas permitiram um aumento do acesso da população a emprego e renda de forma massiva em meados do século passado, na década de 1980 já adequavam sua economia no sentido de reduzir o intervencionismo estatal, ao menos no que se refere às políticas sociais, implementando em suas fronteiras o ideário neoliberal. Assim, enquanto desconstruía-se a lógica da prestação pelo Estado de serviços públicos de qualidade em áreas como saúde, educação e trabalho naqueles países, o Brasil revela um atraso histórico – que não é casual, como se buscará demonstrar – na tentativa de implementação destas políticas. Assim é que, logo no início da década de 1990, ao mesmo tempo em que se busca regulamentar e instituir as políticas constitucionalmente previstas, verifica-se já o início de um processo de ablação dos direitos previstos na Carta Constitucional. Este quadro é marcado pelo crescente sucateamento e desconstrução das políticas públicas no país, incluindo-se a política social⁷ de saúde.

⁵ O conceito de saúde será aqui tratado em seu sentido ampliado, compreendido para além do simples processo saúde-doença, levando em consideração aspectos sociais e econômicos como condicionantes daquele “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (OMS, 1946, s.p), ou seja, tomado em sua totalidade.

⁶ Concorde-se aqui com Cislighi (2015, p. 15), que define “o Estado de Bem-Estar como momento histórico da sociedade capitalista, com determinações geográficas, sociais e culturais distintas”.

⁷ Políticas sociais caracterizam-se, no presente estudo, em consonância com as elaborações de Behring (2007, p. 164) como “um fenômeno que se generaliza, no trânsito do imperialismo clássico para o capitalismo tardio”, podendo ser compreendidas para além da clássica lógica que as submete

Além das motivações acima apresentadas quanto à opção pela escolha do objeto de estudo, é importante mencionar o interesse pelo aprofundamento em estudo iniciado para elaboração de Trabalho de Conclusão de Residência - TCR (SILVA, 2016), sob nossa orientação conjunta, no Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA, na área de Serviço Social. Naquele momento, os resultados obtidos, a partir da realização de pesquisa sobre a judicialização para a realização de matrículas no HC I, considerando um intervalo de seis meses, suscitaram questionamentos que indicaram a importância do aprofundamento das investigações sobre a matéria. Também a escassez de produção teórica sobre o tema, que contemple a questão do sistema de regulação do SUS e buscando uma compreensão pautada no materialismo histórico dialético inaugurado com Marx, configura-se como mais um dos elementos que trouxe significado e sentido à pesquisa proposta. Ao optar pela temática em questão, objetivamos, ainda, contribuir para a apropriação e o aprofundamento de estudos neste âmbito pelo Serviço Social, uma vez que os rebatimentos do processo de judicialização da saúde e das políticas sociais em geral está cada vez mais presente no cotidiano profissional.

Ademais, a percepção, no cotidiano de trabalho⁸, de que os(as) usuários(as) têm chegado ao Instituto, em boa parte dos casos, com doença já avançada, sem possibilidade de tratamento oncológico com finalidade curativa, mobilizou ainda mais o interesse em investigar os elementos que atravessam a realidade destes sujeitos na produção e reprodução da vida social. Compreendemos, assim, a necessidade de reflexão sistemática sobre a complexidade que a realidade societária e institucional revela nos momentos de atendimento ao(à) usuário(a) que inicia o tratamento pela via judicial, muitas vezes como último recurso. Este movimento implica, necessariamente, abordar a constituição histórica da política de saúde, submetendo o debate à análise da conformação das políticas sociais no sistema capitalista, com o fito de compreender como se apresentam alguns dos rebatimentos destes processos na atualidade.

a uma ação estatal, sobretudo se tomadas sob a ótica dos vetores que as demandam e não os que as implementam (Estado, empresas, ONGs etc.).

⁸ Sem a pretensão de entrar no debate, destaca-se aqui a compreensão do serviço social enquanto trabalho, na perspectiva traduzida por Iamamoto (2008, p. 429).

A partir, então, das reflexões e questionamentos desenvolvidos, chegou-se ao seguinte objeto de estudo: a judicialização do acesso ao tratamento no Hospital do Câncer I do INCA como forma de efetivação do direito constitucional à saúde. É nesta realidade, ao mesmo tempo contraditória e sempre em movimento, que o objeto do estudo se apresenta e a busca pela sua apreensão no campo das ideias possibilitará uma indagação dialética com objetivo de atingir uma síntese, ainda que provisória, quanto à temática sobre a qual se debruça a análise.

Desta forma, a proposta investigativa tem como inspiração teórica o materialismo histórico-dialético, que traz a possibilidade de reproduzir idealmente “o movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa” (NETTO, 2011, p. 21 – grifos no original), propiciando o conhecimento teórico a partir da aparência fenomênica, imediata e empírica, a fim de alcançar a essência do objeto. Como a elaboração teórica e a formulação metodológica em Marx são aspectos indissociáveis, não é possível autonomizar o método em face da teoria.

O cotidiano se revela como solo profícuo do trabalho investigativo e, de acordo com Heller, a vida cotidiana – que marca também as atividades no campo laborativo – é marcada pela “espontaneidade, pragmatismo, economicismo, andologia, precedentes, juízo provisório, ultrageneralização, mimese e entonação”, sendo a esfera da realidade “que mais se presta à alienação” (HELLER, 1972, p. 37 – grifos no original). Em uma sociedade que produz, em sua estrutura econômica, uma profunda alienação, destaca Heller, mais a vida cotidiana irradiará sua alienação para as demais esferas. Sendo assim, consideramos tarefa primordial, como lembraram Netto e Carvalho (2007, p. 90) para que se possa ultrapassar estes limites, que os(as) assistentes sociais busquem uma postura teórico-metodológica e um sistema categorial pautados na obra de Marx, a fim de suscitar e manter uma postura crítica perante esta vida cotidiana, o que permitirá a superação de preconceitos, ao aumentar a sua liberdade diante do ato de escolha (HELLER, 1972, p. 59), através de uma atividade prática que se eleve ao nível da práxis,

como *atividade humano-genérica consciente*; na unidade viva e muda de particularidade e genericidade, ou seja, na cotidianidade, a atividade individual não é mais do que uma *parte* da práxis, da ação total da humanidade que, construindo a partir do dado, produz algo novo, sem com isso transformar em novo o já dado (HELLER, 1972, p. 32 – grifos no original).

A compreensão do movimento de investigação sobre a realidade, no sentido aqui apresentado, está de acordo com o que afirma Netto (2009A, p. 31ss.) sobre três momentos básicos que devem constituir o processo investigativo do(a) assistente social, quais sejam: visão global da dinâmica social concreta; encontrar as principais mediações, contextualizando a sua intervenção; apropriar-se criticamente do conhecimento existente sobre o problema específico com o qual se ocupa. Além disso, o serviço social é profissão eminentemente interventiva, o que exige do(a) profissional o trabalho de mobilização de conhecimentos em torno do objeto, compreendendo que, ainda que não haja neutralidade no processo de investigação, há uma objetividade específica do conhecimento teórico, como destaca Netto (2011, p. 23).⁹

Para o desenvolvimento do estudo, consideramos fundamental, portanto, a atenção ao método de Marx, o que implica um esforço permanente de embasamento da pesquisa sobre categorias como historicidade, totalidade e contradição, permeando as reflexões de consistência analítica. Deste modo, acreditamos que os caminhos percorridos, a partir da articulação dialética das concepções teóricas e categorias de análise para a compreensão dos processos histórico-sociais, revestirá os resultados apresentados de consequências teórico-práticas. Espera-se, assim, que as conclusões deste estudo contribuam para o conhecimento sobre o acesso da população ao tratamento no INCA, proporcionando elementos que subsidiem o aprofundamento do debate sobre a judicialização da saúde na atualidade, no intento de fornecer elementos para tomadas de decisões que favoreçam a melhoria da atenção ofertada no tratamento oncológico.

Desde a década de 1970 o capitalismo entrou em uma longa onda recessiva, tendo como um de seus mais importantes desdobramentos a implementação do projeto neoliberal que propõe como um de seus principais recursos para uma estabilização da economia a retirada do Estado do campo das políticas públicas, produzindo sérios retrocessos no âmbito dos direitos sociais da população. Ao mesmo tempo, o Estado permanece exercendo papel fundamental e mesmo determinante na condução dos propósitos do sistema capitalista, intervindo permanentemente em favor

⁹ Fundamental destacar a histórica posição de destaque do Serviço Social no desenvolvimento de estudos na área da saúde, contribuindo de forma considerável para o aprofundamento dos conhecimentos atinentes ao tema e, em consequência, para a formulação de propostas de intervenção que vão do cotidiano do trabalho em saúde ao nível da formulação de políticas específicas.

dos seus interesses. Mais recentemente, este contexto é agravado pelo que autores como Dardot e Laval (2021) denominam novo neoliberalismo, aqui apresentado como ultraneoliberalismo, vinculado, em seu cerne, aos preceitos do liberalismo clássico, porém caracterizado por apresentar uma face que “[...] combina autoritarismo antidemocrático, nacionalismo econômico e racionalidade capitalista ampliada” (DARDOT; LAVAL, 2021, s.p.).

Alguns exemplos, que ajudam a compreender a gravidade da realidade que se apresenta no caso do Brasil, podem ser citados. Um deles é a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, que propõe congelamento do teto com despesa primária em todos os Poderes da União e órgãos federais com autonomia administrativa e financeira integrantes do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social para os próximos vinte anos. Outro exemplo é a Emenda Constitucional 93, também de 2016, que prorrogou a Desvinculação de Receitas da União até 2023, ampliando seu percentual de 20% para 30% de todos os impostos e contribuições sociais que deveriam financiar as políticas de seguridade social, dentre elas a saúde. Pode-se mencionar, ainda, a contrarreforma trabalhista de 2017 e contrarreforma da Previdência, promulgada em 12 de novembro de 2019 como Emenda Constitucional nº 103¹⁰. No que se refere à saúde, é inegável que o SUS representa, enquanto política pública, uma grande conquista que o coloca entre os sistemas públicos de saúde mais avançados do mundo¹¹. Importantes perdas, porém, também têm sido

¹⁰ No que se refere especificamente à judicialização, esta mesma proposta de contrarreforma na Previdência previa, no projeto, um trecho que dificultaria ainda mais o acesso a remédios, tratamentos e realização de procedimentos através do SUS, mesmo que fossem concedidos por decisão judicial. Isto porque o governo buscou inserir na Constituição Federal, parágrafo 5º do artigo 195, através da PEC 06/2019, os termos em destaque: “Nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido por ato administrativo, lei ou decisão judicial, sem a correspondente fonte de custeio total”. Isto incluiria até mesmo, portanto, decisões concernentes, por exemplo, a concessão de benefício assistencial (Benefício de Prestação Continuada) por meio de decisão judicial, uma vez que se refere ao OSS. Felizmente, o trecho em questão não foi aprovado, mas pôde revelar o aprofundamento da negação de direitos no Brasil, já que impediria o acesso através da Justiça.

¹¹ O país sempre foi, por exemplo, destaque mundial no que se refere aos programas de imunização. Durante a pandemia, porém, quando apenas desde o seu início até o momento, quatro ministros já passaram pela pasta da Saúde e não há uma política séria de combate ao coronavírus SARS-CoV-2, tampouco a compra, produção e distribuição de vacinas tem sido prioridade. Ao mesmo tempo, o SUS talvez nunca tenha se apresentado tão necessário e importante como neste momento, caracterizado pela Fiocruz como a maior crise sanitária e hospitalar da história do país (disponível em: <<https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2021/03/17/brasil-passa-pela-maior-crise-sanitaria-e-hospitalar-da-historia-diz-fiocruz.ghtml>>. Acesso em: 18 março 2021), o que pode ser demonstrado pelo inédito quadro de solicitação de leitos do SUS por hospitais privados em São Paulo, devido à

contabilizadas para a área, que sofre as consequências de contrarreformas e da reestruturação do Estado no bojo do projeto neoliberal.

Remete-se aqui, novamente, à hipótese que direciona o presente estudo, que situa a forma como é acessado o tratamento de câncer no HC I, neste contexto de contrarreformas em que se amplia o acesso à Justiça a partir da promulgação da Constituição de 1988. Importante destacar que a judicialização no INCA não se restringe à garantia de matrícula no Instituto, ou à viabilização do tratamento de câncer como um todo, objeto do estudo proposto, mas se verifica também ordens judiciais para realização de procedimentos cirúrgicos, tratamentos isolados, como Radioterapia, internações de usuários(as) do próprio Instituto e, até mesmo, para busca de usuários(as) na residência pelo transporte do INCA, entre outros. Assim, além dos casos de judicialização do acesso ao tratamento, como resposta a um flagrante desrespeito ao direito à saúde, pode-se identificar ainda, por parte daqueles que já acessam, uma demanda crescente por orientações e encaminhamentos para órgãos jurídicos na perspectiva da garantia da sua continuidade. Verifica-se que, muitas vezes, apesar da tentativa de acionar o Estado através das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, por exemplo, são comuns as negativas de acesso a medicamentos muitas vezes de alto custo, tecnologias e insumos indispensáveis durante o tratamento oncológico e também para o cuidado em domicílio, sob argumentos como: falta de previsão orçamentária, atribuição da responsabilidade a outro ente da federação, o uso da discricionariedade para definir quais os tratamentos e medicamentos que serão oferecidos pelo SUS, dentre outros. Entretanto, o direito à saúde deve ser assegurado com absoluta prioridade e aplicabilidade imediata, como previsto no artigo 196 da Constituição Federal, não cabendo argumentos que relativizem a sua viabilização, conforme mencionado acima. Diante da ausência estatal e da violação deste direito, os usuários recorrem aos órgãos jurídicos em busca de proteção e, ao contar com uma decisão favorável ao(à) usuário(a), o Estado é obrigado a fornecer o suporte terapêutico necessário. Todavia, ainda há a possibilidade, como ocorre em alguns casos, do não cumprimento da ordem judicial ou a sua execução ser feita por um período menor do que o estipulado, o que leva o(a) demandante a continuar com a batalha jurídica.

sua lotação (disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,hospitais-da-rede-privada-solicitam-leitos-para-o-sus-na-capital-paulista,70003649652>>. Acesso em: 18 março 2021).

Considerando a atual conjuntura brasileira, marcada pelo quadro de recessão da economia internacional, submetida à ordem financeira do grande capital, que vem ocasionando a perda de direitos e de conquistas sociais históricas estabelecidas pela Constituição de 1988, dentre elas o direito à proteção da saúde, o judiciário e os órgãos jurídicos, na prevalência da “letra da lei”, ganham relevância, estando cada dia mais presentes na sociedade, principalmente no contexto da garantia de direitos. Desta forma, a busca pela via judicial para a efetividade do direito ao acesso à política de saúde tem sido uma demanda crescente no dia a dia do trabalho na área, pois muitas vezes tem sido a única alternativa de encaminhamento encontrada pelos profissionais diante da escassez de recursos da rede de atendimento. A tese busca, partindo desta realidade, destacar que, em relação à garantia do acesso ao tratamento oncológico no INCA, a judicialização expressa o resultado de uma *reação ao não acesso* a um direito.

Defendemos aqui que a judicialização da saúde expressa reivindicações e modos de atuação legítimos de usuários(as) e instituições para a garantia e promoção dos direitos sociais. Sabe-se que a intervenção judicial no âmbito da saúde vem aumentando nos últimos tempos, e que os usuários têm pleiteado os seus direitos por esta via, muitas vezes alcançando decisões favoráveis. Parte da polêmica em torno do debate sobre o tema diz respeito à efetividade desse direito coletivo ao ser deferido judicialmente em um processo individual, uma vez que a decisão beneficiaria apenas aquele que ingressou em juízo e não a coletividade e, neste sentido, compreende-se que a efetividade do direito à saúde requer um conjunto de respostas políticas e ações governamentais mais amplas e não meramente formais e restritas a ordens judiciais.

O Estado Democrático de Direito, como designado no artigo primeiro da Constituição de 1988, traz como um de seus principais preceitos doutrinários a garantia do direito de acesso à Justiça, como meio e fim da proteção dos direitos do cidadão¹², através das vias judiciais estatais e de mecanismos extrajudiciais, por meio dos quais é possível defender-se de ameaça ou lesão a direitos. Sendo assim, o direito

¹² Sobre o conceito de cidadania, salienta-se a compreensão de Marx (2005), a partir da qual a ordem burguesa inaugura uma cisão entre o homem real, indivíduo independente egoísta, e o *citoyen*, cidadão abstrato, alegórico, moral. Trindade (2011, p. 77) acrescenta que esta dicotomia reflete e viabiliza o convívio entre a desigualdade privada e a igualdade pública, uma vez que “os direitos deste homem, abstratamente tomado, são receptáculos da desigualdade social, e os do ‘cidadão’ são idealmente equalizadores”. Ao ingressarmos no debate sobre o direito e o marxismo, o tema será aprofundado.

de acesso à Justiça deve ser facultado a todos(as), como mecanismo de composição de seus conflitos, seja em suas relações com a sociedade ou com o próprio Estado. Este processo de judicialização vem chamando a atenção das ciências sociais crescentemente há mais de duas décadas, considerado como reflexo da “explosão de litigiosidade” observada nos últimos tempos, que lançou mão do direito como instrumento para implementar prestações sociais.

A judicialização assume diferentes expressões: os juristas usam o termo para se referirem à obrigação legal de que um determinado tema seja apreciado judicialmente; afirma-se, também, que a judicialização é o ingresso em juízo de determinada causa, que indicaria certa preferência do autor por esse tipo de via; refere-se, ainda, a decisões privadas de cidadãos [como questões de famílias]; pode ser considerada, por fim, como aumento desmesurado de leis com o objetivo de regular a sociedade. Porém, todas estas compreensões estão relacionadas à expansão do poder judicial, ou seja, ao aumento da participação dos órgãos jurídicos na tomada de decisões, em que as instâncias judicantes tornam-se mais evidentes como palco da luta de classes, à medida que passam a regular relações sociais, em um solo onde predomina a cultura do “vá para a Justiça”.

Este movimento fomenta dois processos: um deles, coloca o magistrado de hoje em posição central, assumindo um importante encargo mecanicamente atribuído pela sociedade; outro diz respeito à passagem do judiciário de última instância para solução dos conflitos, à gestão e regulação das relações sociais. Todavia, não podemos deixar de lado o fato de que os órgãos jurídicos trabalham com a aplicação da lei formal estabelecida no Brasil e que o direito é muito mais amplo do que a lei, uma vez que é produzido pelo povo em suas relações sociais, ainda que nem sempre seja plenamente materializado em leis. É em decorrência disto que passamos por tantas mudanças constitucionais, reformulações de códigos e legislações. Conforme nos ensina Telles (1999), os direitos dizem respeito ao modo como as relações sociais se estruturam, é o reconhecimento do outro como sujeito de interesses, valores e demandas legítimas, operando como princípios reguladores de práticas sociais.

O fato é que, apesar do estabelecido pelo poder constituinte e pela legislação infraconstitucional e mesmo sendo considerado um direito fundamental cuja aplicabilidade deve ser imediata, a realidade revela as falhas na concretização do direito à saúde. Assim, é no Judiciário e nos órgãos jurídicos que são depositadas as

expectativas de conferir eficácia e efetividade a este direito. Segundo o Conselho Nacional de Justiça, há uma tendência de crescimento expressivo da judicialização no país¹³.

Não podemos deixar de mencionar os impactos da pandemia de COVID-19, que tem colocado à mostra os efeitos devastadores de anos de ultraneoliberalismo, e, no caso do Brasil recente, de ausência de políticas para o seu enfrentamento, que, até o momento, conduziu à absurda marca de aproximadamente 600 mil mortos. Este quadro pandêmico trouxe impactos tanto para o tratamento das pessoas com câncer¹⁴ quanto na ampliação de ações judiciais para acesso ao tratamento da COVID-19, como vagas em UTIs¹⁵, estabelecendo novos recordes de ações na Justiça para tratamento de saúde.¹⁶

No intuito de não nos prolongarmos na presente introdução, voltamo-nos à tese em si, apresentando a pesquisa proposta como parte deste trabalho acadêmico. No conjunto das atividades realizadas na condução do estudo, caracterizado como qualitativo e de caráter exploratório, partiu-se da revisão bibliográfica, análise documental e tratamento de dados secundários, utilizando-se posteriormente de técnicas quantitativas e qualitativas para processamento e análise das informações obtidas.

O aprofundamento da revisão teórico-bibliográfica dirigiu-se a temas que contextualizavam o objeto da tese, através de livros e também de mecanismos de busca nos sítios eletrônicos do Banco de Teses e Dissertações da Capes, da base da Scielo e da Biblioteca Virtual de Saúde – BVS. Além disso, foi fundamental a revisão

¹³ De mais de 240 mil processos judiciais em 2013 (ZAMPIER, 2013), para mais de dois milhões de ações sobre saúde em 2020, de acordo com dados do CNJ (HERCULANO, 2020).

¹⁴ No INCA, é possível destacar a redução do número de cirurgias e o aumento da ocupação de leitos de UTI por pacientes com COVID-19, como divulgado na grande mídia. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/05/16/pacientes-com-cancer-reclamam-da-falta-de-previsao-para-cirurgias-no-inca.ghtml>>. Acesso em 07 ago. 2021.

¹⁵ Exemplo emblemático da escassez de vagas nas UTIs foi o caso do município de São Paulo, onde, em março de 2021, hospitais privados solicitaram vagas de UTIs junto à rede pública hospitalar, como mencionado anteriormente. Disponível em: <<https://www.band.uol.com.br/noticias/15-hospitais-privados-ja-solicitaram-vaga-de-uti-na-rede-publica-da-cidade-de-sp-veja-lista-16327816>>. Acesso em: 07 ago. 2021.

¹⁶ Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/acoes-na-justica-por-tratamento-de-saude-batem-recorde-na-pandemia-25051259#:~:text=A%20pandemia%20tamb%C3%A9m%20puxou%20um,6%25%20em%20rela%C3%A7%C3%A3o%20a%202019>>. Acesso em 07 ago. 2021.

documental, com utilização de fontes primárias, tais como documentos oficiais, fontes estatísticas, publicações de matérias jornalísticas, tanto na mídia tradicional quanto na mídia alternativa, apontando a pertinência do tema na atualidade¹⁷. Por fim, os movimentos provenientes das orientações de tese, e também o curso de disciplinas e participação em seminários e outros eventos no campo do serviço social, saúde, e judicialização foram essenciais para ampliar a reflexão, aprofundando os conhecimentos e permitindo o estabelecimento de mediações que facilitaram o alcance da complexidade dos debates que permeiam o estudo.¹⁸

A pesquisa realizada como parte da tese teve como campo empírico as clínicas do HC I em que o acesso é realizado, atualmente, através do Sistema Estadual de Regulação (SER), quais sejam: Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Geral – Oncologia (todo o aparelho digestivo), Cirurgia Torácica Oncológica, Neurocirurgia Oncológica, Urologia e Hematologia Adulto. O recorte temporal do estudo compreende o período entre janeiro de 2010 e dezembro de 2019, uma vez que, além de ser um intervalo recente, inclui o período de implantação do SER naquelas clínicas.

Cabe ressaltar que a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP¹⁹, o que permitiu a realização da pesquisa empírica, iniciada pelo mapeamento dos casos de judicialização na instituição, a partir de busca inicial junto à direção da unidade hospitalar, para posterior levantamento no banco de dados interno (Sistema Absolute), seguida de elaboração de planilhas e sistematização dos dados.

Considerando, portanto, a realidade da população em tratamento de câncer no INCA, apresenta-se como objetivo geral da tese analisar o acesso da população ao tratamento de câncer no HC I / INCA através da judicialização. É partindo deste intuito que a condução do estudo se inicia com uma reflexão, no primeiro capítulo, sobre a dinâmica do sistema capitalista de produção, suas conformações na sociedade brasileira e o modo como se reproduz no movimento da evolução histórica das

¹⁷ Os procedimentos metodológicos serão apresentados e aprofundados no capítulo 3.

¹⁸ É importante destacar que muitas das referências bibliográficas aqui apresentadas contam com mais de dez anos de sua publicação, período em que o impacto da judicialização nas políticas sociais ainda apresentava contornos de novidade. Verifica-se, como se verá nas reflexões desenvolvidas no trabalho, e como os próprios resultados da presente pesquisa apontarão, que este processo já toma um caráter constituinte da sociabilidade atual, encontrando as novidades quanto ao seu debate nos estudos mais focados em casos específicos.

¹⁹ Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 24074719.9.0000.5274.

políticas públicas no Brasil, chegando à temática da política de saúde. O debate proposto parte de uma análise da “questão social” e da pobreza, buscando demonstrar a estreita relação entre estes processos e o modo de produção capitalista, considerando a forma como são abordados no contexto de implementação do neoliberalismo.

O capítulo traz, ainda, a discussão em torno da formação sócio-político-econômica do país, marcada por uma generalização de um *habitus* precário, característico de sociedades periféricas, que é generalizado como fenômeno de massas, sendo, no Brasil, “suficiente para condenar cerca de 1/3 de uma população de 170 milhões de pessoas a uma vida marginal nas dimensões existencial, econômica e política” (SOUZA, 2018, s.p.), dados agravados nos anos recentes²⁰. A partir deste debate, empreende-se aproximações sobre como aqueles processos de realinhamento do sistema capitalista no pós-guerra e a inserção periférica do país no sistema do capital, por exemplo, rebatem na conformação da política de saúde.

No segundo capítulo são apresentadas as bases conceituais do processo de judicialização, a partir de uma concepção crítica sobre a Justiça e o direito no sistema capitalista de produção e, em um segundo momento, o modo como a lógica do litígio chega às políticas sociais e quais os rebatimentos para o serviço social nos campos de atuação, mais especificamente na saúde.

No terceiro e último capítulo é apresentada a pesquisa, apontando alguns dos desafios enfrentados para o seu desenvolvimento, com destaque para as adaptações que tiveram que ser feitas com o advento da pandemia. Assim, são expostos, em um primeiro momento, os procedimentos metodológicos, que, além daqueles já mencionados acima, envolveram ainda: o levantamento junto à direção da unidade dos casos de acesso ao tratamento por via judicial entre os anos de 2010 e 2019; a busca em sistema utilizado pelo Instituto para recolher as informações que permitiram compreender o perfil destes(as) usuários(as); a construção de planilhas para sistematização dos dados. Em seguida, são apresentados e analisados os resultados, com enfoque em três eixos de análise: perfil socioeconômico, perfil de adoecimento e perfil da judicialização, considerando os debates levantados nos capítulos anteriores.

²⁰ Em 2020 este número já chegava a quase 212 milhões de pessoas.

Enfim, para além das questões sinalizadas nesta breve introdução, o tema em pauta levanta, ainda, questões relacionadas aos limites entre direito individual e direito coletivo; à identificação de qual parte da população tem acessado a Justiça a fim de ter seu direito à saúde garantido; e à compreensão de como o INCA tem recebido os pedidos de tratamento por mecanismos extrajudiciais, como, por exemplo, ofícios da Defensoria Pública.

1 CAPITALISMO, QUESTÃO SOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO

Levantei nervosa. Com vontade de morrer. Já que os pobres estão mal colocados, para que viver? Será que os pobres de outro País sofrem igual aos pobres do Brasil?

Carolina Maria de Jesus, 2007, p. 33

1.1 “Questão social” e pobreza: apontamentos iniciais

Para os fins do presente estudo, considerando a necessária interpretação da realidade enfrentada pelo público que tem acessado o tratamento no HC I / INCA, opta-se por iniciar a discussão a partir do debate sobre a “questão social”. Este debate já em princípio se coloca como necessário, uma vez que a “questão social” é considerada no presente estudo e também por grande parte dos pesquisadores da área e pelos organismos de pesquisa e representativos da categoria (ABEPSS, CFESS \ CRESS) como o *objeto de atuação* do serviço social. Além disso, refletir sobre o modo como a “questão social” incide, em suas manifestações, sobre os usuários(as) que chegam ao INCA, a partir do aprofundamento crítico das análises, auxiliará em grande medida na construção de propostas que poderão conduzir a novas estratégias de atuação perante a realidade profissional cotidiana desvelada.

Esta concepção encontra suas bases de sustentação na compreensão de que é a “questão social” que dá sentido à profissão (NETTO, 2001), uma vez que traz à ação profissional a centralidade da “questão da divisão da sociedade em classes, cuja apropriação da riqueza socialmente gerada é extremamente diferenciada” (YAZBEK, 2001, p. 33). Assim, colocá-la como elemento central na relação entre profissão e realidade, significa trazer ao horizonte da prática “a luta pela apropriação da riqueza social” (YAZBEK, 2001, p. 33). Netto (2001, p. 41) lembra que a “questão social” se coloca para o serviço social como “ponto saliente, incontornável e praticamente consensual” na medida em que se verifica, no âmbito da prática profissional, uma pressão exercida pela chamada “dívida social”. O autor destaca, ainda, que a própria “continuidade do processo de renovação profissional exigiu uma atualização da

formação acadêmica que, muito corretamente, está ancorando o projeto formativo na intervenção sobre a ‘questão social’”.²¹

A “questão social” é neste estudo definida como o conjunto de expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado, ou seja, constitui-se como expressão das desigualdades sociais produzidas e reproduzidas na dinâmica contraditória das relações sociais, no conflito entre capital e trabalho (IAMAMOTO, 2005, p. 27). É esta a definição da “questão social” que será aqui considerada, abordando suas múltiplas expressões no tardo capitalismo. Além disso, são utilizadas aspas, concordando-se com Netto (2001), a fim de identificar a tergiversação conservadora presente na expressão e seu traço mistificador. Esclarecendo, em suas palavras:

a partir da segunda metade do século XIX, a expressão questão social deixa de ser usada indistintamente por críticos sociais de diferenciados lugares do espectro ideológico – ela desliza, lenta mas nitidamente, para o vocabulário próprio do pensamento conservador (NETTO, 2001, p. 43).

Esta passagem significou a naturalização da “questão social”, uma vez posta em primeiro lugar a defesa da ordem burguesa, o que implicou a perda da compreensão da sua vinculação orgânica com a estrutura histórica determinada, tanto no âmbito do pensamento conservador laico quanto no do confessional, de acordo com o autor. Assim, a “questão social” é convertida em objeto de ação moralizadora, e o enfrentamento das suas manifestações reveste-se de um “reformismo para conservar”.

A partir dos eventos de 1848²², porém, fica também claro que “a resolução efetiva do conjunto problemático designado pela expressão ‘questão social’ seria função da reversão completa da ordem burguesa, num processo do qual estaria excluída qualquer colaboração de classes” (NETTO, 2001, p. 44). É interessante

²¹ Importante recordar que há, no debate quanto às relações da questão social com a profissão, diferentes compreensões. Para um contraponto ao ângulo aqui apresentado, conferir Pereira (2001), Faleiros (1999) e Serra (2000).

²² Destacamos aqui, naquele ano, os movimentos revolucionários de 1848, que, partindo de Paris, se espalharam por outras grandes cidades da Europa, como Berlim. O conjunto destes eventos ficou conhecido como “Primavera dos Povos”, e demonstrou o potencial do proletariado na luta contra o domínio da burguesia, podendo ser considerada a primeira revolução, mesmo que por um curto período, de caráter potencialmente global. Este ano também teve como marco, não por acaso, a publicação do “Manifesto Comunista” de Karl Marx e Friedrich Engels.

lembrar, como afirma o autor, que em torno da “questão social”, registra-se compreensões diferenciadas e atribuições de sentido muito diversas. É o que será visto adiante.

Iamamoto (2008, p. 162), sustenta que a “questão social” pode ser compreendida como fenômeno específico da “ordem burguesa e das relações sociais que a sustentam”, devendo ser apreendida como “expressão ampliada da exploração do trabalho e das desigualdades e lutas sociais dela decorrentes”. Constitui-se, ainda segundo esta autora (2017, p. 80) e conforme interpretação no estudo aqui proposto, objeto da atuação dos assistentes sociais em suas mais diversas expressões, como mencionado anteriormente.

A “questão social” surge na segunda metade do século XIX, quando se torna uma questão eminentemente política, a partir da aparição da classe operária no cenário político na Europa Ocidental. Pastorini (2004, p. 105), ao desenvolver uma reflexão sobre o desenvolvimento da “questão social” neste período, afirma que esta deve ser entendida “como conjunto de problemáticas sociais, políticas e econômicas que se geram com o surgimento da classe operária dentro da sociedade capitalista”. Dentro deste marco de análise, a “questão social” pode ser compreendida, em sua origem, como uma expressão que surge para dar conta do fenômeno do pauperismo, que eclode na Inglaterra, no último quartel do século XVIII. De acordo com Netto (2001, p. 42), esta designação estaria relacionada diretamente aos desdobramentos sócio-políticos deste processo – o que remete à análise de Pastorini (2004), pois indica que a pauperização só se torna “questão social” na medida em que surgem riscos efetivos de eversão da ordem burguesa, a partir de movimentos dessas massas pauperizadas.

Aqui se faz necessário refletir sobre a temática da pobreza, buscando esclarecer como é compreendida e como, historicamente, tem sido buscadas alternativas para o seu enfrentamento. A importância dos destaques a seguir é clara sobretudo ao se considerar o acesso a uma instituição de atenção oncológica, que implica pensar o desmonte da política de saúde, os ataques ao SUS, as crescentes perdas das classes subalternas²³ em um contexto que sugere mudanças ainda mais

²³ Optou-se por utilizar o conceito de classes subalternas, uma vez que pode ser considerado mais intenso que o de trabalhador, de acordo com Iamamoto (2008, p. 188), ao refletir sobre a obra de Yazbek, pois incluiria, além dos trabalhadores, “desempregados e grupos sem condições de obtenção dos meios de subsistir, que são alvo prioritário da assistência social”, ou seja, inclui-se no conceito de subalternidade “a exploração, a dominação e a resistência, incluindo os dilemas da produção da

deletérias nos curto e médio prazos. Siqueira (2011, 2012a, 2012b) apresenta importantes elementos que auxiliarão na reflexão sobre o modo como as políticas de seguridade social têm sido tratadas no Brasil, a partir do debate em curso quanto às diferentes abordagens sobre a pobreza. A autora apresenta em sua tese diferentes concepções de pobreza, ancoradas em distintas correntes teóricas, das quais aqui serão destacados elementos atinentes à compreensão liberal clássica, concepções do Banco Mundial e de autores conservadores e, por fim, a abordagem marxista, que dará o aporte necessário às reflexões ensejadas.

Como referência da tradição liberal clássica, A. Smith (1981) traz uma concepção de pobreza que remete à responsabilização do indivíduo, ou seja, a pessoa pobre assim o é em decorrência da sua incapacidade de produzir mais do que o necessário à sua subsistência e/ou por não conseguir administrar devidamente os seus bens. O autor compreende, ainda, que a pobreza é expressão do atraso econômico e que, deste modo, o progresso do sistema capitalista levaria a uma eliminação da pobreza, o que ocorreria de forma direta – geração de emprego e renda – ou indireta – elevação do padrão de vida dos trabalhadores (SIQUEIRA, 2011, p. 110). Esta lógica ressalta as qualidades do mercado como instância capaz de, por si só, garantir o desenvolvimento econômico e, conseqüentemente, social onde quer que se estabeleça como medida de todas as coisas, de maneira evolutiva, linear e naturalizada.

Em consonância com a linha teórica norteadora do presente estudo, a autora demonstra que o Banco Mundial, em nome de um suposto combate à pobreza no mundo – compreendida com base em indicadores econômicos – terminaria por incentivar a acumulação da riqueza socialmente produzida²⁴. Isto porque a pobreza é

subjetividade” (YAZBEK, 1993, p. 68 e 70 apud IAMAMOTO, 2008, p. 189). Este termo retoma a categoria gramsciana de *subalternidade*, que busca dar conta de um processo de obstaculização da possibilidade dessas classes “elaborarem uma visão de mundo de corte anticapitalista e articular alianças e estratégias em defesa dos seus interesses” (SIMIONATTO, 2001, p. 11). De acordo, ainda, com Gruppi (1978, p. 91), para Gramsci “uma cultura é subalterna precisamente enquanto carece de consciência de classe, enquanto é cultura de classes ainda não conscientes de si. Com efeito, Gramsci sublinha como tal cultura é heterogênea, como nela convivem a influência da classe dominante, detritos de cultura de civilizações precedentes, ao mesmo tempo que sugestões provenientes da condição da classe oprimida”.

²⁴ Netto (2007, p. 144 – grifos no original) ressalta, porém, que “se o ciclo de crescimento for *longo e expressivo*, se for acompanhado por uma política expressamente *redistributiva* e se se puder manter uma *inflação baixa* – atendidas essas condições o crescimento pode, efetivamente, ter um efeito positivo na redução da pobreza. Na ausência desses requisitos, o crescimento não só não afeta os níveis de pobreza, como até mesmo ‘pode acarretar desigualdades crescentes’ (SALAMA e

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

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

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

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

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

Além disso, o autor destaca que o mecanismo de mercado se constitui em um sistema pelo qual as pessoas poderiam “interagir e dedicar-se a atividades mutuamente vantajosas” (SEN, 2000, p. 189). O pensamento de Sen baseia-se, assim, como se pode verificar também em outras proposições de seu trabalho, na naturalização do sistema capitalista, conforme ressalta Siqueira (SEN, 2000, p. 126-127), uma vez que considera a propriedade da mesma forma que o gênero: “assim como uns nascem mulheres outros nascem proprietários”, explicando, ainda, a diversidade social a partir da “diversidade generalizada entre os seres humanos”.

DESTREMAU, 1999, p. 41) – e exemplo disso foi o que se registrou no ‘milagre econômico’ operado durante alguns anos no Brasil da ditadura implantada em 1964”.

Desta forma, a questão da produção social da riqueza e da distribuição desigual de seus frutos passa ao largo da discussão²⁵.

Rosanvallon, por sua vez, considera que a expressão “questão social”, no momento em que foi criada, no fim do século XIX, referia-se às disfunções da sociedade industrial emergente, e o desenvolvimento do Estado Providência, no século XX, *quase* teria chegado a “vencer a antiga insegurança social e a eliminar o medo do futuro” (ROSANVALLON, 1998, p. 23). Os antigos métodos de gestão do social estariam, na atualidade, inadaptados, o que configuraria o surgimento de uma nova “questão social” a partir dos anos 1970, um problema, segundo o autor, de natureza filosófica, já que

além dos problemas lancinantes de financiamento, e das disfunções sempre onerosas dos aparelhos estatais, são discutidos os princípios fundamentais da organização da solidariedade e a própria concepção dos direitos sociais (ROSANVALLON, 1998, p. 23).

O autor apresenta, então, uma proposta de reinstituição do Estado Providência a fim de manter a coesão social, mas não mais sob a perspectiva do direito social, e sim da solidariedade que, segundo ele, tem como um de seus princípios a ultrapassagem de um raciocínio em termos meramente econômicos dos benefícios sociais em favor de encará-los como uma dimensão da cidadania²⁶, passando a constituir “uma das expressões do vínculo social” (ROSANVALLON, 1998, p. 85); testemunhariam, assim, a seu modo, uma forma de igualdade.

É assim que este autor constrói sua crítica aos padrões “tradicionais” de proteção social do Estado: ao que ele denomina “Estado Providência passivo” propõe a substituição pelo “Estado providência ativo”, que responderia de forma mais eficiente às novas modalidades de insegurança que hoje se apresentam. A insegurança social não pode mais ser percebida exclusivamente em termos de risco²⁷, que se referia a

²⁵ Siqueira (2012b, p. 125) destaca que o autor remonta, em sua reflexão, a Marshall, com sua proposição sobre os direitos constitutivos da cidadania, como se o socialismo já houvesse sido alcançado a partir da evolução da cidadania. Importante ressaltar que o pensamento do autor tem por base ideológica o neoliberalismo.

²⁶ Daí a proposta do autor de um Estado produtor de civismo. Conferir também, sobre a concepção de cidadania, a nota constante na Introdução da tese.

²⁷ Ulrich Beck (1997) apresenta a concepção de sociedade de risco, que seria uma “fase no desenvolvimento da sociedade moderna, em que os riscos sociais, políticos, econômicos e individuais tendem cada vez mais a escapar das instituições para o controle e a *proteção* da sociedade

situações de um *possível* desemprego futuro, ou de garantias previdenciárias²⁸, ou, ainda, riscos catastróficos como perigos naturais, acidentes tecnológicos, agressões de grande amplitude ao meio ambiente, que afetariam populações inteiras, e não indivíduos isolados. Deve ser agora percebida a partir do conceito central da precariedade ou da vulnerabilidade, muito mais que do de risco, o que levaria à necessidade de estabelecer um novo contrato social, baseado na personalização dos meios de atuação do Estado Providência, “para adaptar-se ao caráter específico das situações” (ROSANVALLON, 1998, p. 26), afinal, em matéria de exclusão e de desemprego de longa duração, só existiriam de fato situações particulares, que deveriam ser tratados na perspectiva de “individualização do social”, com a condição de que certas garantias sejam concedidas aos sujeitos. Rosanvallon afirmará, então, seguindo este raciocínio, que “os novos sujeitos da ação social não são mais as classes, porém os indivíduos abordados em determinadas situações” (ROSANVALLON, 1998, p.164). Sua compreensão da “questão social” e a construção de propostas para o seu enfrentamento no âmbito da construção de um Estado-providência tem por base uma lógica sociológica e, no máximo, política, como recorda Souza (2012, p. 20), uma vez que sua interpretação seria coerente com a ideia de que o problema seria de ordem não especificamente econômica.

A influência das ideias deste autor foi grande nos governos de Fernando Henrique Cardoso. Programas como o Comunidade Solidária, em seu primeiro governo (1995-1998), ilustram bem essa influência, ao introduzir a participação social e o princípio da solidariedade como eixos fundamentais da programática de combate à pobreza no período. Já no segundo governo FHC (1999-2002), o que se pode destacar é a ênfase que se dá aos programas de transferência direta de renda para

industrial” (BECK, 1997, p. 15 – grifo nosso). Esta compreensão implicaria, segundo a lógica do autor, um processo quase que autônomo, onde a imprevisibilidade, as incertezas ocupariam um espaço de predominância, e a sociedade de risco representaria, por exemplo, em última instância, no caso da política – reflexiva – o desaparecimento do político. Importante destacar que este conceito de sociedade de risco não representa, como pode parecer num primeiro momento, uma superação do capitalismo, estando esta concepção de risco presente, por exemplo, na formulação de políticas como a PNAS, Política Nacional de Assistência Social, de 2004.

²⁸ Isto porque, segundo o autor, “a seguridade social não parece mais o centro agregador do progresso social e passou a cobrir só uma parte do chamado ‘campo social’” (id., *ibid.*, p. 41).

as famílias pobres²⁹, focados na ideia de necessidade e risco, conforme expunha o programa do governo (PSDB, 1998, pp 181-185).

Algumas sérias consequências deste tipo de abordagem da “questão social” são apontadas por Lamamoto (2008, p. 181 – grifos no original):

Como se pode atestar, o que fundamenta a existência de uma *nova questão social* é a *negação da existência das classes sociais*, a *naturalização da desigualdade social*, cujas manifestações são deslocadas para a *esfera da gestão social*. A sociedade é isentada de responsabilidades na produção da *questão social*, cujas raízes devem ser identificadas nas diferenças das *biografias individuais*.

Existem, portanto, novos elementos e novos indicadores sociais, que constituem a “questão social”, que seriam dela apenas novas expressões, já que os traços essenciais da sua origem ainda têm vigência porque não foram superados. Não há, porém, uma compreensão unívoca desta categoria³⁰, e outro autor que apresenta uma concepção de grande influência na literatura referente ao tema, é Castel (1997; 1998).

O autor, em sua obra central, “As Metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário”, que se destaca como importante inflexão no debate recente sobre a temática, demonstra apropriação da perspectiva durkheimiana, atendo-se em seu estudo à sua proposta analítica. Assim, na obra em questão, o autor apresenta como um dos objetivos de seu estudo dimensionar “a presença, aparentemente cada vez mais insistente, de indivíduos colocados em situação de flutuação na estrutura social e que povoam seus interstícios sem encontrar aí um lugar designado” (1998, p. 23). Para este fim, o autor remete a alguns conceitos e noções, dentre os quais alguns merecem ser destacados.

O primeiro conceito que interessa mencionar é o de “exclusão”, que não seria, de acordo com Castel (1998), adequado para designar o processo em curso na sociedade atual, já que seria “estanque”, pois limita o pesquisador à constatação de carências, o que impossibilita a recuperação dos processos que engendram estas

²⁹ Rosanvallon apresenta a proposta da Renda Mínima de Inserção, que imporá “uma série de obrigações e condições para que o indivíduo tenha acesso à renda disponibilizada” (SOUZA, 2012, p. 21).

³⁰ Não há nem mesmo uma concordância quanto à classificação de “questão social” como uma categoria, como a apresenta Pastorini (2004). “Questão social” seria não uma categoria teórica explicativa, mas sim uma noção teórica.

situações, designando apenas estados de privação. O autor propõe então o conceito de “desfiliação” para substituí-lo, indicando – sem, porém, explicitar – que esta substituição possibilita considerar o fenômeno como um processo, “reconstituir um percurso”, sem restringir esta noção a grupos determinados. O autor afirma que a denominação sugerida pertence ao mesmo campo semântico que a “dissociação”, “desqualificação” ou “invalidação social”. É preciso destacar, porém, que mesmo trabalhando com outras noções em substituição à de “exclusão”, o autor parte de uma ideia de “zonas” de *integração* social e “zonas” de vulnerabilidade numa sociedade, tomando a composição dos equilíbrios entre elas como indicador para avaliar a *coesão* de um conjunto social num dado momento³¹.

Outros conceitos polêmicos do autor são os de “inúteis para o mundo”, e dos “supérfluos” ou “supranumerários”. De acordo com o mesmo, com a formação destes grupos, a “questão social” se põe explicitamente *às margens* da vida social, mas “questiona” o conjunto da sociedade. Estas noções, como recorda Iamamoto (2008, p. 175), são inteiramente distintas da noção de superpopulação relativa em Marx, na medida em que as pessoas inseridas nestes grupos “não têm lugar na sociedade porque não são integradas e talvez nem sejam integráveis, no sentido de Durkheim, de estar inseridos em relações de utilidade social, de interdependência com o conjunto da sociedade”.

A análise de Castel (1998) está centrada na sociedade francesa, como ele mesmo destaca, onde se teria vivenciado a experiência do que ele denomina “sociedade salarial”, na qual a definição da identidade social partia da posição ocupada na “condição de assalariado”, generalizada por grande parte do século XX. Apesar de considerar que aquela sociedade mostrava uma estrutura relativamente homogênea em sua diferenciação, Castel destaca a existência de um bloco³² que denomina “periférico” ou “residual”, formado por aqueles que se encontravam em ocupações instáveis, sazonais, intermitentes. Na atualidade, a “questão social” ressurgiria, de acordo com o mesmo autor, sob a condição de “questão do estatuto do

³¹ É bom lembrar aqui que os supostos teóricos da análise do autor se fundam na tradição durkheimiana, o que se explicita no conceito de “questão social” apresentado pelo autor: “é um desafio que interroga, põe em questão a capacidade de uma sociedade para existir como um conjunto ligado por relações de interdependência” (CASTEL, 1998, p. 30).

³² Importante destacar que o autor não trabalha com a perspectiva da divisão da sociedade em *classes sociais*.

salariado”, a partir de profundas transformações na conjuntura do emprego, com o aumento do desemprego e da precarização do trabalho, que ameaçariam questionar novamente a estrutura da relação salarial.³³

A “questão social”, tanto segundo o pensamento de Castel (1998) quanto de acordo com Rosanvallon (1998), traria consigo uma ideia de ruptura com a sua configuração no passado, quando emergira. Seria como se a “questão social” tivesse nascido, da forma que se apresenta na atualidade, na segunda metade do século XX, com a crise do padrão do Estado de Bem-Estar Social em países da Europa e os Estados Unidos (ou, utilizando os termos de Castel, a crise da sociedade salarial). Daí parte a noção de “nova questão social”, que seria caracterizada por “novos problemas (novas formas de pobreza e nova exclusão social) ou antigos problemas superdimensionados (desemprego, vulnerabilidade)” (PASTORINI, 2004, p. 50).

De acordo com Souza (2012, p. 5), os dois sociólogos franceses são contemporâneos ao debate e entre si, além de tributários, majoritariamente, da vertente durkheimiana de pensamento. O autor situa o tema do desemprego como categoria que dividiria o lugar ocupado pela “questão social” na contemporaneidade, dentro da perspectiva desses autores: em Castel, a “questão social” antecederia o desemprego, e a precarização do trabalho (tendo o desemprego como seu corolário) seria o definidor da “questão social” na contemporaneidade. Já em Rosanvallon (1998), a “questão social” na atualidade seria caracterizada pela resposta estatal ao desemprego, situando-a, portanto, em posição temporal posterior ao quadro de desemprego. A avaliação de Souza, porém, não considera um fator determinante ao apontar essas diferenças: a centralidade da categoria trabalho na obra de Castel, enquanto em Rosanvallon o debate gira em torno da intervenção do Estado. Ao perder de vista este aspecto, Souza (2012, p. 9), apresenta o que seria uma “confusão” dos dois autores, que poderia ser explicada pelo surgimento de um novo tipo de pobreza: aquela “[...] dos que trabalhavam, mas cujos recursos não eram suficientes para a própria subsistência [...]”, o que ocorria devido à novidade da acumulação da riqueza produzida, não mais em função de alguma escassez de recursos, como outrora. Este

³³ Vale salientar que o debate apresentado, sobre a “questão social”, está centrado na década de 1990, quando são buscadas explicações e saídas para o quadro de aumento do desemprego e pobreza mesmo nos países da Europa, dentro dos marcos do neoliberalismo.

argumento, porém, não se sustenta, uma vez que, como visto, apontaria que este tipo de pobreza só teria surgido a partir da segunda metade do século XX.

Entre esses autores, ademais, uma diferença a ser registrada seria o fato de que, em Castel, não haveria, como em Rosanvallon, uma separação dicotômica entre o antigo e o novo na questão social, porém a sua busca por realizar uma narrativa cronológica da evolução da questão social levaria a uma perda da processualidade e das contradições imanentes ao movimento da realidade, conforme indica Pastorini (2004).

Uma outra controvérsia em se pensar a “questão social” como “nova”, é a de negar ou até mesmo desconstruir as conquistas já alcançadas pelas classes subalternas, já que isto envolveria buscar novas respostas, novos modos de enfrentá-la. Além disso, como bem recorda Pastorini (2004), considerar a existência de uma “nova questão social” pressupõe afirmar que a “questão social” anterior teria sido resolvida e/ou superada.

A concepção de “questão social” de acordo com aqueles autores guarda, ainda, profundas diferenciações com relação à aqui apresentada no que diz respeito à negação dos confrontos de interesses de classes, considerando-se que esta ideia “não daria conta da realidade contemporânea onde a integração pelo trabalho não é mais o eixo central para pensar o pertencimento dos indivíduos à sociedade, passando a ocupar o lugar prioritário a inserção a partir de redes de sociabilidade” (PASTORINI, 2004, p. 98-99 – nota). Estas concepções tendem, como visto acima, a naturalizar as desigualdades e conflitos da sociedade capitalista³⁴. A “questão social”, ao contrário, expressa “uma *arena de lutas políticas e culturais na disputa entre projetos societários*, informados por distintos interesses de classe na condução das políticas econômicas e sociais, que trazem o selo das particularidades históricas nacionais” (IAMAMOTO, 2008, p. 156 – grifos no original). Trata-se, portanto, de uma “velha questão social”, que tem origem na própria natureza das relações sociais capitalistas, conforme indica a mesma autora (IAMAMOTO, 2008, p. 161), cujas

³⁴ Até porque, nestas abordagens, a reflexão se dá no âmbito da distribuição; melhor dizendo, a centralidade se coloca no trabalho e não na classe operária, ou na classe trabalhadora, o que faz com que as contradições sejam vistas no terreno do consumo de massa. Sendo assim, o problema é colocado na esfera da distribuição, e o modo de produção não é questionado, é considerado como natural, algo que já está dado.

determinantes se expressam sobretudo pela lei geral da acumulação capitalista e na tendência do crescimento populacional em seu âmbito³⁵.

No caso brasileiro, de acordo com Ianni (1989), a “questão social” é *colocada*³⁶ a partir da Abolição, quando as diversidades e os antagonismos sociais começam a ser enfrentados sob uma ótica em que se consideravam possibilidades de debates, negociações, mudanças, controle. É, porém, somente ao longo das décadas de 1920 e 1930 que passa a ser tratada como questão “de política”, não mais (apenas) “de polícia”, já que, até aí, na prática, predominavam “as técnicas repressivas, a violência do poder estatal e a privada” (IANNI, 1989, p. 146).

Refletindo sobre a pobreza, enquanto expressão da “questão social”, e suas formas de enfrentamento na atualidade, importa resgatar neste momento o debate iniciado acima sobre a temática, a fim de apresentar a leitura marxista sobre o tema, tendo ainda como base as reflexões de Siqueira (2011, 2012a, 2012b).

De acordo com a autora,

a pobreza só pode ser explicada na sociedade capitalista em relação à contradição de classes, e para compreender as formas de enfrentamento às expressões da chamada ‘questão social’ é necessário conhecer as determinações impostas historicamente pelas contradições próprias do modo de produção capitalista e as lutas de classes (SIQUEIRA, 2011, p. 211).

Deste modo, não é possível compreender a pobreza como um fenômeno social isolado, mas como um produto necessário do modo capitalista de produção, como reforça a autora, uma vez que este sistema, em seu desenvolvimento, leva necessariamente ao aumento da riqueza socialmente produzida e, ao mesmo tempo e como resultado deste aumento, à produção e ao aprofundamento da pobreza, em um processo dialético. Este movimento define a pobreza como um aspecto estrutural do modo capitalista de produção, e a coloca também como elemento central no debate, e intrinsecamente associada à “questão social”, uma vez que a lei geral da acumulação capitalista é apresentada por Marx (1985, p. 210) como aquela que

³⁵ Esta é a *lei da população peculiar ao regime de produção capitalista*: “ao produzir a acumulação de capital, a população trabalhadora produz, também, em proporções cada vez maiores, os meios de seu excesso relativo” (MARX, 1975a, p. 34, t. I apud IAMAMOTO, 2008, p. 251).

³⁶ O autor observa que a “questão social” já existia durante a vigência do regime de trabalho escravo, porém, naquele momento, “estava posta de modo aberto, transparente” (IANNI, 1989, p. 146). Sendo assim, o termo colocada é utilizado no sentido de *ser enfrentada*.

“ocasiona uma acumulação de miséria correspondente à acumulação de capital”, e caracteriza o antagonismo da acumulação capitalista, ou seja, do próprio modo de produção. A “questão social”, ao ser analisada a partir desta lei, passa a ser percebida como dimensão indissociável da relação capital x trabalho³⁷, assim como a pobreza, como é possível perceber nas análises acima sobre a temática.

Atualmente, a “questão social” apresenta novas expressões, como o aumento da pobreza e do desemprego, a crescente precarização das condições e relações de trabalho, a partir de um processo que se inicia no final dos anos 1970. Assim, quando se esgota a “longa onda expansiva do capital” – nos termos de Mandel (1982) – e desenvolvem-se propostas de “políticas de ajuste estrutural”, as relações entre o Estado e a sociedade são profundamente alteradas.

Um dos corolários deste processo é o retrocesso no que diz respeito às conquistas das classes subalternas com referência aos direitos sociais, em decorrência das seguintes concepções: de que o excessivo gasto governamental com políticas sociais é nefasto para a economia; de que a regulação do mercado pelo Estado é negativa, pois desestimula o capitalista a investir; de que a proteção social pública é perniciosa para o desenvolvimento econômico; de que o Estado Social é paternalista e, por isto, moralmente condenável por incentivar a ociosidade e dependência, entre outros (PEREIRA, 2001, p. 36-37). E é a partir desta lógica que se desenvolvem as políticas neoliberais como proposta de revitalização do capitalismo avançado – no que, segundo Anderson (1995), este teria falhado – que se traduziram, no que diz respeito à América Latina, em uma

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

A defesa de um “Estado mínimo” é apresentada por Netto (1996) como uma das transformações societárias no capitalismo tardio (configurado a partir dos anos 1970, momento em que também tem início a adoção das políticas acima mencionadas

³⁷ É devido à importância de compreender a origem da “questão social” que se apresenta como imperativo a necessidade de historicizá-la, refletindo sobre suas configurações nos dias atuais sem recusar a preocupação com a sua gênese.

por alguns governos, como o de Pinochet, no Chile). Este processo se caracteriza por mudanças no plano político, que envolvem uma desqualificação do Estado como parte da proposta neoliberal³⁸, na busca por um “Estado máximo para o capital” (NETTO, 1993, p. 81). Quanto a este processo, vale ressaltar que a ideia de Estado mínimo não significa, porém, necessariamente, que todas as políticas públicas em todos os momentos sejam subfinanciadas. É possível que eventualmente alguns programas públicos tenham altas cifras de investimento público, como, por exemplo, o ProUni, e mesmo investimentos na alta complexidade do SUS. Isto não quer dizer, porém, como afirmado acima, que estas políticas sejam eficazes no sentido de garantir alterações substanciais na condição de vida das classes subalternas. Importante também ressaltar que estes investimentos de modo geral são caracterizados pelo envolvimento do setor financeiro na execução das políticas em questão, como parte do processo de implementação da financeirização das políticas públicas.

Também a forma como se dá o movimento das políticas compensatórias passa obrigatoriamente pelo setor bancário, implicando em uma movimentação do capital rentista como fator importante deste processo. A título de exemplo, em atendimento ambulatorial a uma usuária, verificou-se que seu benefício previdenciário de auxílio doença, atualmente denominado benefício por incapacidade temporária, estava sendo depositado em um determinado banco, em conta criada para tal fim³⁹, porém incidia-se taxaço pela manutenção da mesma, cobrança ilegal que outros usuários podem sofrer sem nem mesmo notarem.

Concorda-se aqui, para retomar a lógica do raciocínio anterior, com Siqueira (2011, p. 229), ao afirmar:

as formas de intervenção social sobre as manifestações da ‘questão social’ que apontam a ‘diminuir a pobreza’ sem alterar em absoluto o processo e/ou

³⁸ Ao refletir sobre a política de saúde, na seção 1.3, será trabalhada a temática do neoliberalismo com maior detalhamento.

³⁹ Ao agendar a perícia para solicitação de auxílio doença, são apresentadas, no próprio site do INSS ou no aplicativo “Meu INSS”, as agências bancárias para realização do pagamento do benefício. Assim, o beneficiário deve, neste momento, escolher entre estas para concluir o agendamento, ainda que já possua conta em outra agência bancária. É bom lembrar que, desde 2020 o pagamento é realizado por meio de seis bancos privados – Santander, Mercantil do Brasil, Itaú, Agibank, BMG e Crefisa – que venceram o leilão que transfere aos mesmos o direito de administração da folha de pagamento dos benefícios concedidos entre 2020 e 2024. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2019/11/seis-bancos-privados-farao-pagamentos-de-beneficios-do-inss-entre-2020-e-2024.shtml>>. Acesso em: 10 março 2021.

volume da acumulação capitalista, não passam de paliativos pontuais, mesmo que necessários no contexto capitalista, para amenizar a pobreza, sem impactar nos fundamentos que a geram.

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

A primeira década dos anos 2000 trazia consigo, a partir da eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, expectativas relativas ao avanço dos direitos dos trabalhadores que foram frustradas pela permanência do projeto dos governos anteriores. Deste modo, tanto os governos Lula da Silva como o que se sucede, de Dilma Housseff, acabam por reforçar em boa medida a perspectiva neoliberal enquanto política de governo, mesmo que tenham assumido posturas que garantissem alguns avanços em termos de políticas sociais. É inegável que nos governos do PT assiste-se a um inédito investimento estatal no combate à pobreza, com fortalecimento de benefícios e programas de transferência de renda – como BPC e Programa Bolsa Família (PBF) - um investimento que revela, nos termos de Behring (2008), um expressivo “choque de gestão”. Em uma lógica semelhante àquela apresentada acima, concernente ao programa de governo “Avança Brasil”, do PSDB, o Plano Diretor da Reforma do Estado, proposto em 1995, consolidava-se como um “documento orientador de períodos” (BEHRING, 2008) que seguiu balizando o projeto macroeconômico dos governos do PT (2003-2016), com o aprofundamento das contrarreformas equilibradas com as parcas melhorias aos setores populares. Sobre o assunto, Behring, Cislighi e Souza (2020, p. 103) destacam que “mesmo naqueles treze anos (2003 – 2015), diferente dos laudatórios discursos sobre um suposto neodesenvolvimentismo e uma mítica ‘nova classe média’, não ultrapassamos uma espécie de neoliberalismo de cooptação (CISLAGHI, 2020)”.

No período em questão, as políticas e programas de combate à pobreza foram implantados a partir do receituário das agências “multilaterais”, tendo como foco o alívio da pobreza, porém redirecionam o gasto social para o setor privado, como bem

demonstra Mauriel (2011, p. 268). Além disso, seguem o padrão das políticas sociais brasileiras de atenuar os conflitos, ao mesmo tempo em que consolidam as estruturas de poder existentes, de acordo com a mesma autora (2011, p. 270). Com um formato típico do que preconizavam as agências de fomento internacionais, ou seja, pautadas na focalização, na descentralização e na privatização, voltava-se, ainda, à perspectiva de “intitlamento” e “empoderamento” de agentes sociais, que seriam os executores dos serviços sociais, tendo no Estado um mero agente indutor de políticas sociais (MAURIEL, 2011, p. 277; 279-280).

Sendo assim, ao contrário de leituras romantizadas dos anos de governo do PT, compreende-se que foi um período, ainda, de alinhamento com as recomendações dos organismos internacionais, em que se reforçou a implementação do ideário neoliberal no Brasil. Conclui-se, a partir do exposto, que, com

essas políticas pobres para pobres, os valores morais foram acionados, construindo um descentramento das subjetividades do debate sobre os direitos dos trabalhadores como classe social, para o debate da ajuda aos pobres enquanto tais, sem percepção de classe e de direitos. Todos os nexos das políticas de gerenciamento da pobreza que os governos do PT tornaram protagonistas em seus mandatos, contribuíram para manufaturar o consenso que ajudou a construir uma passivização das camadas mais empobrecidas da classe trabalhadora. Vale lembrar que nos governos do PT parecia existir uma lógica moral de que os pobres “bons” receberiam o Bolsa Família, e os pobres “maus” o encarceramento. É imprescindível ressaltar que os governos de Lula foram recordistas de taxas de encarceramento (FREIRE; CORTES, 2020, p. 46-47).

Toda esta estrutura envolve, portanto, uma forma de lidar com a pobreza caracterizada por políticas pobres para os pobres. Isto significa, ao menos no âmbito das políticas sociais, como é o caso do presente estudo, que a pobreza ganha lugar de destaque na sua elaboração e efetivação, em lugar do trabalhador como protagonista. Neste sentido, importa ainda considerar a relação trabalho x pobreza no contexto atual, tomando o período mais recente, a partir dos governos de Temer e Bolsonaro.

Ao tratar a temática da pobreza, não é possível abster-se da menção ao dramático quadro que se apresenta com as atuais formas de exploração do trabalho, muito bem apresentadas por Antunes (2018). O autor destaca que floresce nos últimos tempos uma nova modalidade de trabalho: o escravo digital. Segundo o mesmo, em acordo com sua já conhecida tese, a era digital está longe de representar um fim do

trabalho, mas traduz-se em um “*crescimento exponencial do novo proletariado de serviços*” – o *escravo digital* (ANTUNES, 2018, p. 30, grifos no original), processo que se soma aos já conhecidos terceirização, informalidade e flexibilidade que “se tornaram fontes inseparáveis do léxico da empresa corporativa” (ANTUNES, 2018, p. 32).

Em meio a estes retrocessos vivenciou-se, no período mais recente, um processo de destituição de um governo cujo discurso – apesar de limitar-se a este em diversos aspectos, como visto – se apresentava progressista e sintonizado com os interesses dos trabalhadores, e a tomada de poder por representantes mais abertamente vinculados aos interesses do capitalismo internacional dominante (OLIVEIRA; SILVA; MARTINS, 2016, p. 3). Demier (2017) traz importantes contribuições sobre a dinâmica deste processo.

De acordo com o autor, o golpe no governo Dilma é um bom exemplo de que a atual democracia brasileira possui mecanismos internos que permitem eliminar um governo sem a necessidade de rupturas com o próprio regime. Esta *democracia blindada*, como o autor denomina, representa um novo tipo de regime democrático-liberal, em vigência após a década de 1980, que combina elementos de consenso e coerção, apresentando “estruturas de funcionamento hermeticamente fechadas às pressões populares, preservando seus núcleos institucionais decisórios como espaços exclusivos dos interesses da classe dominante” (DEMIER, 2017, p. 33), além de definirem-se por seu conteúdo essencialmente contrarreformista. O autor encontrará nesta própria reformatação do regime algumas das chaves explicativas para o movimento que culminará no golpe de 2016, e pode-se afirmar que também os eventos posteriores, como a eleição de Bolsonaro, a partir, por exemplo, da bandeira, midiática inclusive, anticorrupção, típica também da democracia do tipo blindada, que desloca a corrupção, própria do sistema capitalista, para o sistema político, representam inflexões desta nova democracia. Assim, recorda que as pressões nas ruas, com destaque para as manifestações de 2013, sobretudo em seu momento inicial, expuseram, além da revolta quanto ao aumento no preço das passagens no transporte público, a insatisfação com os rumos de outras políticas públicas, como se via em cartazes pedindo por melhores serviços de saúde e educação. Após as “Jornadas de 2013”, o governo apresentou como resposta poucas propostas, o que revelava aquela blindagem às demandas populares, somada à manutenção do projeto

contrarreformista dos períodos anteriores pelos governos do PT, o que frustrava a expectativa de grandes parcelas da população, ao passar ao largo da “construção de um modelo de cidadania social-democrático” que se assentasse “na efetivação de direitos sociais expressos em serviços públicos universais e de qualidade” (id., ibid., p. 87). Como mais um ingrediente deste caldo, a classe média ressentida, tanto pelo medo da proletarização, quanto pelo histórico ódio, como será mencionado à frente, em relação às classes subalternas, absorvia o discurso midiático que mudou o tom das manifestações, sob a batuta da burguesia, que demonstrava sua ingratidão a um governo que nunca deixou de atender aos seus interesses, dirigindo a pauta a questões alheias aos anseios iniciais das ruas. Assim, “a democracia liberal se converte, finalmente, num arranjo político voltado centralmente para a retirada de direitos democráticos” (id., ibid., p. 98), e as inflexões deste processo são claras e vivenciadas não só pela população atendida no cotidiano de trabalho, mas também pelo conjunto da classe trabalhadora, como bem exemplifica a proposta de contrarreforma administrativa do governo federal⁴⁰.

A este processo seguiu-se a eleição de um governo com uma plataforma claramente vinculada aos interesses do grande capital bancário / financeiro – um exemplo é a contrarreforma da Previdência, denominada pelo governo atual “Nova Previdência”, que traz como uma de suas grandes propostas a introdução formal do modelo de capitalização⁴¹ – estrangeiro, frustrando, inclusive, em determinados momentos, os planos dos apoiadores ruralistas, ao aprovar, por exemplo, a derrubada das tarifas de importação do leite em pó europeu no princípio do ano de 2019.

Acima foi mencionado o termo de Antunes (2018) “escravo digital”, remetendo às formas mais recentes de trabalho, que de modo algum deve ser tomado como sinônimo de emprego, marcadas pelo extremo controle, ausência de contratualização

⁴⁰ Conferir: <<https://extra.globo.com/economia/emprego/servidor-publico/reforma-administrativa-medicos-professores-se-revoltam-com-risco-de-perda-de-estabilidade-25155116.html>>. Acesso em: 16 ago. 2021.

⁴¹ Granemann (2012, p. 254), em um texto primoroso sobre a temática, afirmará: “É, precisamente, a gigantesca capacidade ‘econômica’ da política previdenciária de acumular recursos que faz dela uma alternativa e um instrumento para o enfrentamento das crises do capital e não o contrário; dito de modo diverso, não é porque está em crise que a política social previdenciária sofre tantos ataques; é sua exuberância acumulativa de recursos, sua possibilidade de largo prazo de mobilizar extensas quantidades de dinheiro que faz dela uma importante saída para o capital e que não deve estar – do ponto de vista do grande capital e de seu Estado – subordinada ao trabalho sob a forma de repartição solidária da classe trabalhadora e como elemento potencial para a formação da consciência de classe para si”.

e proteções trabalhistas, além de remunerações muito baixas, precarizando as condições de vida daqueles que ainda conseguem encontrar nestes tipos de trabalho meios de sobrevivência. Há, ainda, os milhões que, nos últimos anos e marcadamente a partir da pandemia de COVID-19, no Brasil, enfrentam situação de miséria, quadro retratado nos números apresentados em pesquisa recente⁴² que revela que 19,1 milhões de pessoas passavam fome no final de 2020 (equivalente a 9% da população brasileira). Este quadro reforça também uma lógica que caracteriza o governo atual, que aponta para um descaso quase absoluto quanto à pobreza⁴³, que, do enfrentamento a partir das “políticas pobres para pobres”, como se propunha nos governos petistas, agora se torna profunda retração através do aumento dos níveis de sucateamento das políticas sociais, seja pelo desfinanciamento, seja pelo amadorismo e descontinuidade na gestão, em suas diversas instâncias. No decorrer dos quase quatro anos de elaboração da presente tese, é patente o agravamento do quadro de pobreza no Brasil, o que suscitou inflexões no decorrer do processo, cujo impacto talvez não seja possível descrever neste momento, ainda marcado pelo aprofundamento da crise deste “capitalismo pandêmico” (ANTUNES, 2020).

Outro ponto a ser destacado, sobretudo nesta página tão obscura da história da sociedade atual, fundamentalmente vinculado à própria lógica capitalista, diz respeito ao acionamento do Estado ou do aparelho estatal, se assim preferir, em socorro ao grande capital, em detrimento da massa pauperizada. Este processo é muito bem ilustrado ao tomar as cifras disponibilizadas como ajuda aos grandes bancos no período de pandemia, para falar apenas do Brasil. No início da pandemia no país, ainda em março de 2020, por exemplo, o Banco Central anunciou a disponibilidade de R\$ 1,216 trilhão para os bancos brasileiros, valor equivalente a 16,7% do Produto Interno Bruto (PIB), sob a justificativa de combate aos efeitos negativos da epidemia de coronavírus sobre o sistema financeiro.⁴⁴ Além disso,

⁴² Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. Disponível em: http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf. Acesso em: 28 abr. 2021.

⁴³ Descaso bem caracterizado na condução do combate à pandemia pelo governo federal, agora alvo de CPI que busca responsabilizá-lo pelo número de mortes causadas pela COVID-19 no Brasil, concentradas, não por acaso, nas camadas mais pauperizadas da população.

⁴⁴ Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/estadao-conteudo/2020/03/23/com-crise-bc-ja-anunciou-r-12-trilhao-em-recursos-para-bancos.htm> Acesso em: 23 de janeiro de 2021. Dowbor (2020, p. 114) apresenta também o seguinte dado: “Se vocês consultarem o site do Tesouro Nacional vão constatar que o governo tem transferido em juros, essencialmente para bancos e outros

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

Por outro lado, somente em abril de 2020 foi apresentado um auxílio voltado aos MEIs e população de baixa renda, o auxílio emergencial, com um valor inicial de R\$ 600,00, três vezes maior que o proposto pelo governo inicialmente, e mais de doze vezes menor que o auxílio que pode ser oferecido pelo governo dos EUA a partir do início de 2021⁴⁵. Enquanto isso, o valor do auxílio no Brasil caiu pela metade a partir de certo período de recebimento, variável de acordo com a data de início do acesso, e para 2021 os valores, consideravelmente reduzidos, com início de pagamento apenas a partir do mês de abril, e previsão de apenas 7 parcelas (pagamento até outubro/2021). Além disso, através da MPV 927/2020, vigente de março a julho de 2020, trabalhadores(as) sofreram com medidas ainda mais restritivas de direitos como, por exemplo: o teletrabalho; a antecipação de férias individuais; a determinação da concessão de férias coletivas; o aproveitamento e a antecipação de feriados; o banco de horas; a suspensão de exigências administrativas em segurança e saúde no trabalho; o direcionamento do trabalhador para qualificação (com suspensão do contrato de trabalho pelo prazo de até quatro meses); e o diferimento do recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS.

É fundamental destacar que as classes não são homogêneas, apresentando estratificações e diferenciações em seu interior, decorrentes do seu caráter dinâmico e das mudanças históricas que atuam dialeticamente em sua organicidade. Muito se fala sobre a informalidade, só para apresentar um exemplo, como um dos fatores de incremento da pauperização das classes subalternas, porém há que se destacar o fato de que as alterações recentes no mundo do trabalho estabelecem ou reforçam uma conformação que situa o *trabalho* como central na sociedade capitalista, não mais o *emprego*, como se verificou ao longo do século XX. Neste aspecto, os processos denominados de uberização tomam importância, reforçando o que Antunes (2018) denominou escravidão digital, inaugurando uma nova era desta relação capital

aplicadores financeiros, entre R\$ 300 e 400 bilhões por ano, dinheiro que precisamente deixou de ir para educação, segurança e o SUS”.

⁴⁵ Recém empossado, Biden propôs um auxílio de \$1.400, equivalente a R\$ 7.600 às famílias pobres do país.

x trabalho. Este quadro agrava-se com a explosão da pandemia⁴⁶, trazendo contornos ainda mais intensos a esta dinâmica, uma vez que, de acordo com este mesmo autor, práticas imbricadas nesta lógica de digitalização do controle do trabalho, aprofundam-se, a exemplo do teletrabalho, do *home office* e das modalidades de ensino à distância.⁴⁷ Tudo isto torna este momento tão específico que se vive, de pandemia, verdadeiro “laboratório de experimentação” destas práticas (ANTUNES, 2020, p. 28).

Assim, pode-se afirmar que a

eclosão da crise na saúde mundial pela pandemia da Covid-19, pela ação dos diferentes Estados pelo planeta, conjugou-se à perfeição à crise econômica ao tornar exigência universal – de todas as classes – a realização dos gastos estatais em favor da burguesia, exaustivamente anunciados como esforços para a preservação dos empregos e do combate à pandemia. Recursos públicos, submetidos aos ajustes monetário e fiscal, tornaram-se imediatamente disponíveis aos capitais para que operassem na recuperação econômica (diga-se, dos capitais) e das vidas, com o evidente discernimento e respeito à hierarquia de classe na execução dos ditos objetivos [...] (GRANEMANN; MIRANDA, 2020, p. 27).

Este processo apenas aprofunda o quadro que já se desenhava no período anterior à pandemia, denominado ultraneoliberalismo, concepção abordada por Cislaghi (2021, s.p.) como uma espécie de transformação pela qual passou e ainda passa o neoliberalismo, a partir de novos arranjos, em decorrência da “apropriação de pautas progressistas em determinado momento do ciclo histórico, culminando em sua face ultraneoliberal no momento presente, que não rompem nunca, entretanto, com seus principais objetivos e fundamentos”. O conceito tem vínculo com o que Dardot e Laval (2021, s.p.) denominaram novo neoliberalismo, que “[...] segrega a partir do interior uma forma política original que combina autoritarismo antidemocrático, nacionalismo econômico e racionalidade capitalista ampliada”. Neste sentido, o ultraneoliberalismo, enquanto política de Estado,

⁴⁶ Não se pode olvidar do fato de que a pandemia também é fruto deste sistema, uma vez que sua lógica opera de modo a intensificar a exploração não só do trabalho em si, mas da própria natureza, com o extrativismo desmedido, as ampliações das fronteiras agrícolas e pecuárias, a exploração de animais para consumo humano sem as mínimas condições sanitárias – este ponto diretamente ligado à gênese de mutações virais –, além da poluição da atmosfera e incremento do uso de agrotóxicos, que geram doenças e a diminuição da resposta imune dos seres humanos, conforme recorda Melo Filho (2020, p. 76).

⁴⁷ Também atrelada a este processo, verifica-se com a pandemia a ampliação dos serviços de entrega, que responde também ao processo de “ifoodização” do trabalho, ainda mais precário que a uberização, e ao crescimento vertiginoso de plataformas digitais de *e-commerce*, como a Amazon.

[...] mais uma vez favorece os grandes proprietários, definindo-os como destinatários privilegiados dos benefícios fiscais, das rendas derivadas das dívidas públicas, além de garantir, através de intensas pressões, a redução seletiva de impostos para os grupos dominantes (ou fechando os olhos do Estado quando se trata de procedimentos ilegais levados a efeito pelos... empresários liberais) [...] (FONTES, 2020, p. 13).

Deste modo, acirra-se a pobreza ao tempo em que os super-ricos são favorecidos, conformando um cenário em que se ampliam aquelas camadas das classes subalternas que se encontram tão desprovidas dos mais básicos meios de subsistência, que não serão contempladas pelo acesso à alta complexidade na saúde e nem mesmo à atenção básica, pensando em termos de acesso às políticas sociais.

A trajetória destas políticas no Brasil tem forte conexão histórica com o desenvolvimento de sistemas de proteção ao trabalhador, *strictu senso*, sobretudo no decorrer do século XX, com reflexos ainda na Constituição de 1988, que atrela o acesso a determinados benefícios à inclusão no mercado formal de trabalho, como é o caso da política pública previdenciária, que divide cada vez mais o seu espaço com a previdência privada. Os rumos que o trabalho tem tomado neste contexto ultraneoliberal, têm levado ao aprofundamento da perda da centralidade do emprego, que leva consigo o *status* que abrangia um conjunto de direitos, o que, somado ao desfinanciamento crescente das políticas sociais, traduz-se em uma precarização cada vez maior da situação das classes subalternas.

Deste modo, a precarização, o desmonte da lógica do trabalho enquanto sinônimo de emprego, e o surgimento de novas formas de trabalho para garantia de um mínimo suficiente para a sobrevivência, levam a profundos retrocessos no campo das possibilidades organizativas do trabalho, abrindo, assim, com muito mais facilidade, o caminho para o desmonte cada vez mais ampliado dos direitos. Neste sentido, as perdas no campo dos direitos trabalhistas e conquistas sociais, que na década de 1990 configuravam aquela desertificação neoliberal, nos últimos tempos ganham contornos ainda mais agudos e perversos, intensificando-se ainda mais, em um quadro de reprodução da barbárie.

Assim, também a saúde básica, como parte daquele arcabouço de direitos sociais que davam alguma cobertura à classe trabalhadora, vem sendo alvo de

desmonte⁴⁸. Ao ser acometida por um câncer, ou outra doença crônica, então, a pessoa que procede das classes subalternas em suas franjas mais pauperizadas não terá possibilidade de realizar tratamentos, quiçá acessar o sistema de justiça para garantia do acesso. Deste modo, cabe destacar aqui que o debate proposto diz respeito ao acesso ao tratamento na alta complexidade do SUS, o que já exclui da reflexão aqueles sujeitos que não tiveram oportunidade nem mesmo de ser diagnosticados, tal o nível de desproteção a que estão submetidos.

A centralidade da pobreza na elaboração de políticas sociais, é importante ressaltar, não tem, de modo algum, efeitos que alterem de fato a situação das classes subalternas, sobretudo aquela que é alvo destas políticas. Este é um ponto. Ademais, a ideia da “pobretologia”, termo utilizado por Fontes (2020, p. 12), tem por efeito fomentar “a desvinculação entre direitos universais e gestão da pobreza”, e sua origem remete ao objetivo primordial, desde a sua concepção, entre as décadas de 1970 e 1980, pelo Banco Mundial, da garantia de neutralização das lutas populares ao mesmo tempo que permite o deslocamento de recursos públicos ao grande capital. Este movimento ocorre tanto através da gestão das políticas sociais por setores privados, como se verá na seção 1.3, quanto pela filantropia empresarial, atualmente denominada investimento social privado e, ainda, através do estímulo ao endividamento público como ocorreu, por exemplo, com o FIES.⁴⁹

No caso da saúde pública, desde a sua origem, mesmo antes da constituição do SUS, assim como em outras políticas sociais, como visto, há uma estreita vinculação com o mundo do trabalho, e apoia-se na perspectiva da mediação do conflito entre o Estado e as classes subalternas, sobretudo no período Vargas. O SUS emergirá com o desenvolvimento da política de saúde, aperfeiçoando aquela vinculação que atualmente se manifesta nas propostas do controle social, da participação, da universalidade. Com o ascenso das propostas intervencionistas do

⁴⁸ Vide o fechamento de unidades básicas de saúde no Rio de Janeiro, as Clínicas da Família, em decorrência de um processo de sucateamento que se sucede à sua transferência à administração indireta e os desvios e esquemas de corrupção no setor que se seguiram.

⁴⁹ Programa de financiamento estudantil que penaliza ainda mais as classes trabalhadoras, levando o que deveria ser direito – educação superior pública e gratuita – a uma fonte rentável para o empresariado da área e o capital financeiro. Para maiores informações sobre pobretologia, conferir a aula “Pobretologia e falsificação da ira popular” da professora Virginia Fontes, concedida ao canal TV Boitempo no Youtube, como parte da série Conversas Impertinentes, disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=rRswefXBYj8>>. Acesso em: 31 jan. 2021.

Banco Mundial nas políticas sociais, porém, fica patente a lógica de descaracterização destas políticas enquanto direitos, passando a ser tratadas como ajudas a serem gerenciadas por entidades privadas ou mesmo pela filantropia empresarial, como visto, contando com a isenção ou redução drástica de impostos e, ainda, com recursos públicos para o desenvolvimento de seus *programas* – e não políticas.

Além disso, constrói-se um cenário de “glorificação das recomendações dos organismos internacionais”, como o Banco Mundial, que naturalizam e banalizam aspectos fundamentais da garantia dos direitos, em que “as políticas sociais são apresentadas como algo caro, que desperdiça recurso, penaliza investimentos e não alcançam os pobres [...]” (FREIRE; CORTES, 2020, p. 30-31). Quando se trata então de um país, como se verá, atravessado em sua formação política por relações de favor e dependência, como recordam as autoras (2020, p. 35), o terreno para o desenvolvimento de políticas, então, pobres, despidas do seu potencial minimamente emancipatório, considerando os estreitos marcos do sistema capitalista, para os pobres, se faz fértil.

Conforme Fontes (2020, p. 12) recorda, o sistema capitalista tem no pensamento liberal suas bases contemporâneas de sustentação, seja no liberalismo clássico ou nas suas formas mais recentes, o neoliberalismo e o atual ultraneoliberalismo. Segundo a autora,

De fundo a-histórico e contraditório, o fulcro do pensamento liberal não é a defesa da propriedade. [...] O liberalismo é o argumento que pretende justificar a separação entre o produtor e o resultado do seu trabalho, e se erige em defensor de uma propriedade específica e apresentada de maneira abstrata – a do capital – aquela capaz de fazer funcionar meios de produção e de subordinar trabalhadores para valorizar a propriedade alheia.

No que se refere à saúde, sérios ataques às conquistas vinculadas ao projeto da reforma sanitária e ao SUS são somados ao exposto. Alguns exemplos podem ser citados: a já mencionada EC nº 95 (do “congelamento de gastos”); o fomento à criação de planos “populares” de saúde, e a nota do Ministério da Saúde intitulada “Nova Saúde Mental”, em que avanços obtidos com o processo da reforma psiquiátrica, como o estímulo à desinstitucionalização e o combate ao uso de terapias convulsivas – o eletrochoque – são colocados em xeque.

No bojo do que já foi apresentado quanto ao objeto de intervenção profissional, a fim de aprofundar o debate acerca da formação sócio-histórica brasileira, que

balizará as reflexões sobre a temática da judicialização no campo da saúde, tomamos a lição de Eurico (2017, p. 423-424):

Ao eleger a questão social como objeto de intervenção, a profissão precisa considerar que a complexidade da realidade social brasileira não está circunscrita apenas ao modo de produção capitalista, precoce entre nós, mas também medularmente vinculada aos séculos de escravidão no Brasil e às condições de existência da população negra, que herdou o legado da invisibilidade, no acesso à riqueza socialmente produzida. [...] Assim, para intervir assertivamente nas manifestações da questão social o assistente social precisa considerar os impactos da escravidão e do racismo na dinâmica das relações sociais e desenvolver estratégias que concorram para a transformação da realidade social.

Como uma das expressões da questão social, a desigualdade é, no Brasil, um forte componente da pobreza, sendo este apenas um dos aspectos persistentes de sua formação sócio-histórica, que o coloca na posição de um dos países mais desiguais do mundo, nesta que é a região mais desigual do planeta. E é na busca por compreender essas origens que agora se passará ao debate sobre a formação social do Brasil, lançando luz a aspectos relevantes para a análise das políticas sociais no país.

1.2 Formação socioeconômica brasileira: aportes para a compreensão das políticas sociais

Pensar sobre o modo como o Estado, historicamente, no Brasil, assume funções no campo das políticas sociais se faz imprescindível neste esforço por melhor compreender a forma como a política de saúde tem sido conduzida. Refletir sobre esta temática impõe tomar como ponto de partida o modo de inserção do país no sistema de produção capitalista, a nível mundial. Mazzeo (2015) é um dos autores que irá retomar o debate sobre a formação do Brasil, desde o período colonial, sob uma perspectiva crítica.

Segundo o mesmo, as colônias americanas não podem ser explicadas sem que se remeta ao “processo de reposição do capital, encarnado na expansão europeia do século XVI, entendendo-se essa expansão como um movimento crucial que o nascente modo de produção capitalista encontra para ampliar suas condições de existência” (MAZZEO, 2015, p. 72). Como será visto mais detidamente à frente, até o presente momento a forma como os países da América Latina estão inseridos no

modo de produção capitalista se dá de maneira dependente, processo que remete ao que ocorria desde a época colonial, guardando-se, claro, os limites referentes aos diferentes momentos históricos. De acordo com este mesmo autor (id., ibid., p. 75), isto ocorre como uma das condições para o desenvolvimento do capitalismo europeu, uma vez que as colônias se constituíram como elementos basilares para a concentração capitalista que se inverterá, posteriormente, na denominada Revolução Industrial. Inspirado por Caio Prado Jr., o autor destaca que

a América Latina esteve, desde sua gênese – da descoberta à colonização e a estruturação econômica –, dialeticamente integrada, em sua processualidade histórica, ao capitalismo: inicialmente ao capitalismo mercantil, depois ao capitalismo industrial concorrencial e, em seguida, subalternamente, à cadeia imperialista, sendo, portanto, parte integrante e constitutiva de seu desenvolvimento – quer dizer, da totalidade capitalista (MAZZEO, 2015, p. 21).

É importante esclarecer que aqui se está de acordo com uma forma de leitura e compreensão da sociedade brasileira baseada no método dialético marxista, de aproximações sucessivas com o objeto de estudo, inserido na totalidade concreta e dinâmica, repleta de contradições, realizando-se um movimento de abstração em que as múltiplas determinações do objeto são reproduzidas pelo pensamento do(a) pesquisador(a). Esta lógica de construção de conhecimentos parte das categorias de totalidade, universalidade, singularidade e particularidade, para a efetivação do conhecimento do concreto, objetivando a superação de leituras rasas e superficiais da realidade. Mazzeo (2015) realiza este movimento para compreender este processo de formação da sociedade brasileira. Segundo o autor, a sociedade portuguesa é “adaptada”, em seus termos, ao Brasil, como uma

nova “síntese” que, dialeticamente, também constrói, a partir do particular-específico-colonial, também uma superestrutura específica, isto é, uma sociedade conservadora, rígida, cuja “classe dominante” – os “aristocratas coloniais” –, pela sua própria origem histórica, nasce subordinada, econômica e ideologicamente, aos centros do capitalismo mundial (MAZZEO, 2015, p. 79).

Ora, isto mais uma vez demonstra que as raízes do modo de inserção do país no capitalismo mundial estão fincadas desde a chegada dos exploradores

portugueses por aqui⁵⁰. Florestan Fernandes é um teórico de destaque no campo crítico, tendo trazido importantes inovações no que se refere ao debate sobre a formação brasileira, e é sobre algumas de suas maiores contribuições que se debruçará a seguir.

Partindo de uma compreensão marxiana da sociedade, o autor revela as conexões entre o regime de classes e o capitalismo dependente, com a novidade de tirar a figura do escravo, enquanto agente humano e econômico, como destaca, da penumbra, como havia sido feito hegemonicamente pelos teóricos da formação do país até então, que traziam uma narrativa eivada, segundo Fernandes, por uma perspectiva branca e senhorial. Deste modo, Florestan Fernandes (2011, p. 420-421) coloca o modo de produção escravista no eixo de seu raciocínio, demonstrando que este foi o responsável pelo preenchimento das funções de “fator de acumulação originária de capital” no Brasil. Segundo ele, “quando esse fator se tornou historicamente inoperante e, além disso, passou a ser substituído por formas de acumulação de capital especificamente capitalistas, foi definitivamente condenado ao desaparecimento” (id., *ibid.*, p. 420-421).

Nesta mesma linha, Gorender (1981) aprofunda o debate em torno da escravidão no Brasil, cunhando a expressão *escravismo colonial*, ao que confere o status de base de todo um sistema de produção, ou um modo de produção peculiar implantado no Brasil e em outras regiões do continente americano, caracterizando-se por ser “uma escravidão ‘industrial’, na acepção de produtiva” (GORENDER, 1981, p. 37-38). O autor afirmava, ainda, que “a acumulação originária do capital se processou no âmbito do escravismo colonial” (GORENDER, 1981, p. 7), sendo este sua própria fonte, acrescentando que “a base para a acumulação originária do capital começou a se formar na época em que o Brasil foi colônia de Portugal” (GORENDER, 1981, p. 9).

Além de colocar a escravidão em lugar de destaque em suas análises sobre a formação do Brasil, o autor apresenta a profundidade e extensão dos seus efeitos até a atualidade, destacando que

⁵⁰ Isto, é importante ressaltar, não é reconhecido apenas por intérpretes do campo do marxismo ou da esquerda, mas servirá como base para interpretações conservadoras de teóricos de outras linhas de pensamento.

A escravidão sobrevive, como já vimos, no racismo discriminatório dos brasileiros negros. Sobrevive no predomínio do latifúndio, por si mesmo fonte de violência, motivador de centenas de homicídios na área rural. Sobrevive, em suma, na grande desigualdade que cinde nossa sociedade, castigando a maioria com a imposição da pobreza ou da indigência (GORENDER, 2000, p. 92).

Gorender criticará em seu trabalho a ideia de que teria havido uma revolução burguesa no Brasil, como defendeu Fernandes, afirmando que o equívoco deste autor teria sido tentar explicar as causas da frustração da revolução burguesa no Brasil a partir da própria burguesia brasileira, acabando por cair em uma contradição indissolúvel, que poderia ter sido evitada caso dispensasse as categorias de revolução e contrarrevolução em sua análise, tratando apenas de “*dominação burguesa*, tal como surgiu e tem se apresentado nas condições peculiares do nosso país” (GORENDER, 1981, p. 112 – grifos no original).

O conceito de revolução burguesa de Florestan Fernandes está intimamente vinculado à sua compreensão do modo como o Brasil se insere no capitalismo, em escala global. Segundo ele,

a revolução burguesa na América Latina prende-se a condições estruturais e a ritmos históricos que fazem dela o pivô da associação dependente e das sucessivas transições que rearticulam a organização e o funcionamento das economias nacionais latino-americanas evoluções externas do capitalismo. [...] As duas faces dessa modalidade de articulação são o ‘imperialismo econômico’ e o ‘capitalismo dependente’, os dois frutos mais importantes do capitalismo maduro em escala internacional (FERNANDES, 1975, p. 59).

A especificidade da revolução burguesa no Brasil, em Florestan Fernandes, está presente no fato de reconhecer, rompendo drasticamente com concepções de outros autores, alguns dos impasses que conformaram a sociedade, tanto no que diz respeito à constituição da burguesia enquanto classe no país, quanto no que se refere à persistência de privilégios históricos e também, e como contrapartida, à manutenção da situação das camadas populares.

É importante lembrar que a ideia de burguesia é tratada pelo autor de forma mais ampliada do que havia sido até então, superando tanto a ideia de uma burguesia que nasce na colônia quanto uma noção completamente desligada e acima dos padrões europeus. Assim, propõe uma leitura que, ao mesmo tempo que não desconsidera o caráter tardio da formação de uma sociedade burguesa no Brasil, tampouco se deixa levar por leituras eurocêntricas, trazendo sempre à tona as

características que conformaram as especificidades do caso brasileiro. Como afirma o próprio autor: “[...] ao se apelar para a noção de ‘Revolução Burguesa’, não se pretende explicar o presente do Brasil pelo passado de povos europeus” (FERNANDES, 1976, p. 20).

É neste esteio que, integrando dialeticamente o conceito de modernização conservadora à sua análise, o autor demarca a natureza desta revolução burguesa no Brasil, devendo ser compreendida em seus elementos próprios, tão bem apresentados pelo mesmo, e é nesta concepção que aqui se ampara a presente apreciação. Ora, o caráter *dependente* da inserção do Brasil no sistema capitalista dificulta a realização da revolução burguesa, porém não a inviabiliza, uma vez que é necessária para que se possibilite o desenvolvimento capitalista e a dominação burguesa seja consolidada (FERNANDES, 1976, p. 214). Seu exame do processo de formação da sociedade capitalista no Brasil, tomando como eixo de análise uma revolução burguesa de tipo “não clássica” sugere aproximações aos conceitos de via prussiana, de Lenin, e revolução passiva, de Gramsci (COUTINHO, 2021). Esta via “não clássica” será, em Fernandes, determinada, juntamente ao caráter tardio do desenvolvimento capitalista no país, sobretudo pelo “caráter dependente e subalterno de nossa formação social” (COUTINHO, 2021, s.p.), o que motivaria, ainda, a conformação dos traços elementares da “autocracia burguesa” brasileira⁵¹.

O autor demonstrará, ainda, a partir de suas elaborações teóricas, que o próprio processo de autonomização política no Brasil só trouxe aos estamentos senhoriais da época uma autonomização econômica em um ponto: “onde e na medida em que as posições de poder político que conquistaram, representassem uma *conditio sine qua non* para a preservação do equilíbrio do sistema econômico existente” (FERNANDES, 1976, p. 83), o que deveria significar a garantia da continuidade do suprimento do mercado externo, ou seja, uma economia voltada para fora. Mascaro (2018, p. 14) ressalta que o que se denomina burguesia nacional no Brasil e em países como o nosso, “tem a marca de uma posição interna na qual, e por meio da qual,

⁵¹ A temática se apresenta muito pertinente e atual para a análise da realidade brasileira, como sinaliza Arruda (2020, p. 246): “Para o autor, a revolução burguesa no Brasil consistiu na crise do poder burguês, que se manifesta em recorrentes rupturas democráticas, nas relações privatistas com o poder, nas quais as classes populares estão permanentemente em posição de franca desvantagem, na subserviência em relação às nações hegemônicas, enfim, na manutenção das mais profundas e persistentes desigualdades sociais”.

confluem e passam relações de produção de uma dinâmica de acumulação que é internacional”.

A este processo, Fernandes (1976) acrescenta, como fatores que definiram o processo de desenvolvimento histórico-social do país, o patrimonialismo e o latifúndio, como características fundamentais do colonialismo⁵² brasileiro e privilégios que garantiriam àqueles estamentos senhoriais a aceitação dos termos daqueles acordos “pelo alto”, nos processos acima mencionados⁵³. Estas características se manterão como alma do senhor de engenho que se tornará, no processo de independência e industrialização do país, a burguesia nacional, conforme revela Fernandes, e aprofunda Souza (2017), ao investigar o que ele chama de nossa “elite do atraso”.

Este autor, a despeito de suas críticas a Florestan Fernandes⁵⁴, afirma que ele foi longe ao estudar, à sua época, a constituição de uma classe invisibilizada de abandonados, a partir da escravidão, além de desvelar e denunciar a herança violenta que a assola até os dias atuais. Apesar de não constar claro em sua narrativa, é possível verificar ainda aproximações entre esses autores no que se refere ao ódio em relação a esta classe por aquela que buscou, por todos os meios, a manutenção de seus privilégios econômicos – ilustrado aqui pelo grande latifúndio – e de poder – enquanto elite possuidora do status que confere sentido ao patrimonialismo.

Souza (2017) também apontará como uma das consequências do desenvolvimento do capitalismo no Brasil o que denominou subcidadania, conceito pautado no fato de que

⁵² Para maiores informações sobre o conceito de colonialismo, conferir Santos (2020) e Almeida (2019, p. 27).

⁵³ Gorender traduz de modo preciso esta característica da burguesia no Brasil, descrevendo-a da seguinte forma: “*O nacionalismo da burguesia brasileira não implica a rejeição do capital estrangeiro, mas sua cooperação demarcada pelas conveniências do capital nacional*” (GORENDER, 1981, p. 93 – grifos no original).

⁵⁴ “Na verdade, a grande limitação do raciocínio de Florestan – ainda que ele tenha ido, a meu ver, mais longe que qualquer outro pensador brasileiro – é não perceber que o capitalismo ou o que ele chama de ‘ordem competitiva’ possui uma ‘ordem moral’ muito singular. Ao contrário da ordem escravocrata, onde os lugares são visíveis e decididos pelo fenótipo e pelo status de origem do modo mais claro possível, a produção da desigualdade na nova ordem é opaca e não transparente aos indivíduos que atuam nela. Se os especialistas, ainda que talentosos como Florestan, não a percebem, o que dirá os leigos, presas fáceis de todo tipo de manipulação midiática, precisamente por conta disso. [...] Florestan não tinha a chave teórica que permite perceber a socialização familiar diferencial como o ponto central de uma nova percepção acerca das classes sociais e da luta de classes. Por conta disso seu texto confunde os aspectos decorrentes dos preconceitos de cor e de classe comprometendo sua rica análise empírica” (SOUZA, p. 81).

Os indivíduos e as classes sociais – cujo contexto de carência aguda e desestruturação familiar impedem a adequada reprodução desses pressupostos psicossociais na socialização familiar desde tenra idade – estão, por conta disso, condenados à marginalidade e à exclusão social. Essa é a subcidadania permanente da qual este livro trata. Sem a incorporação de disciplina, autoconfiança e cálculo prospectivo não existe inserção produtiva no mercado de trabalho capitalista competitivo. (SOUZA, 2018, s.p.)

Percebe-se que são utilizadas para a construção deste conceito, categorias como a de exclusão social⁵⁵, que já foi aqui objeto de crítica, e a noção de “desestruturação familiar”, com algumas implicações que poderiam remeter a uma individualização da “questão social”, aspecto também já aqui trabalhado. A despeito disso, o autor é feliz em demonstrar, a partir do conceito de subcidadania, importantes aspectos da formação social do Brasil, e como deram origem a este *status* na sociedade. De acordo com o mesmo:

Gente e cidadão pleno vão ser apenas aqueles indivíduos e grupos que se identificam com a concepção de ser humano contingente e determinado que habita a consciência cotidiana, a hierarquia valorativa de instituições fundamentais como Estado e mercado e que constitui o cerne da dominação simbólica subpolítica que perpassa todas as nossas ações e comportamentos cotidianos (SOUZA, 2018, s.p.).

Outro ponto interessante desta contribuição do autor diz respeito ao fato de que esta subcidadania permanente para grande parte da população é decorrente de uma experiência histórica que teria inibido aprendizados sociais e políticos que seriam decisivos para um outro desenvolvimento. Esta compreensão inovadora implicaria, segundo o mesmo, a superação da lógica da sociologia vira-lata, pautada na ideia de corrupção como uma “herança maldita”. O autor constrói sua análise partindo, portanto, do resgate crítico da formação brasileira, tomando como integrantes dessa “classe” de subcidadãos os escravos e dependentes livres, ralé dos imprestáveis e inadaptados ao sistema impessoal no contexto pós-abolição, segundo ele. Desta forma, com um novo padrão de institucionalização, o negro insere-se nos interstícios e nas franjas marginais do sistema, uma vez que ao mesmo não havia a oportunidade de classificação social burguesa ou proletária, destaca o autor. Ao tratar da sociedade

⁵⁵ Não será totalmente justo incluir o autor no rol dos pensadores que trabalham este conceito como simplesmente referente à ideia de “dentro” e “fora”, como já visto, uma vez que, na mesma obra, Souza (2018, s.p.), declara: “a mera inclusão no mercado, nos benefícios do Estado e a entrada com voz autônoma na esfera pública tornam os setores antes marginais em incluídos privilegiados”.

brasileira, periférica, o autor situa que o *habitus* precário que molda a subcidadania é um fenômeno de massa, e que sua consolidação efetiva é o que marca a especificidade do país enquanto sociedade moderna em que o conflito de classes toma contornos característicos da periferia.

Ainda outros pontos importantes sobre a relação escravidão e formação brasileira devem ser tocados. O primeiro deles diz respeito à manutenção da unidade nacional, conforme elucida Gorender (1981), considerando-se o interesse em defender a escravidão em absolutamente todas as províncias, de norte a sul do Brasil colônia. Diferente da escravidão greco-romana, fundamentalmente patriarcal, a escravidão da era moderna foi predominantemente mercantil e teve no Brasil o maior receptor de africanos escravizados em toda a história mundial. Além disso, como visto acima, de acordo com o autor, a escravidão estava umbilicalmente vinculada ao latifúndio, o que contribuiu decisivamente, desde a sua origem, para uma concentração da propriedade de terra sem paralelo em qualquer outro país, herança da escravidão que se estende até os dias atuais, garantida pelo direito de propriedade.

Considerando que a temática do presente estudo tem como um de seus eixos a compreensão da “questão social”, envolvendo reflexões sobre uma população que encontra dificuldades no acesso a uma determinada política pública, e a realidade brasileira é marcada por uma profunda desigualdade racial⁵⁶, não se pode esquivar do debate sobre o racismo no Brasil, tomando por base a sua formação social.

Ao considerar o desenvolvimento das políticas sociais, em especial a de saúde, que é parte da investigação aqui proposta, concorda-se com Eurico (2018, p. 522) quando afirma que a permanência histórica da população negra brasileira, majoritariamente pobre, nestes patamares vexatórios, aliada à forma como estas políticas se desenvolvem sob o mito da democracia racial, “leva a uma pretensa

⁵⁶ O IBGE (2019) traz estatísticas que comprovam que a população negra ou parda se encontra em situação bem mais precária que a população branca, no que se refere a condições de trabalho, distribuição de renda, moradia, educação, violência e representação política. Segundo o órgão, no mercado de trabalho, de acordo com dados de 2018, apenas 29.9% dos cargos gerenciais eram ocupados por pessoas da cor ou raça preta ou parda; 32.9% de pessoas que se encontravam abaixo das linhas de pobreza eram pretas ou pardas, contra 15.4% de brancas (renda inferior a US\$5,50/dia), dado também contrastante quando a renda é inferior a US\$ 1,90/dia, de 8.8% de pretos e pardos contra 3.6% de brancos; no que se refere à educação, a taxa de analfabetismo entre a população branca é de 3.9% enquanto entre a população preta ou parda representa 9.1% do total; as taxas de homicídios, por 100 mil jovens, referente ao ano de 2017, foram de 34 entre a população branca e de 98.5 entre a população preta ou parda; quanto à representação política, por fim, em 2018, 75.6% dos deputados federais eleitos eram da cor branca, contra apenas 24.4% da cor ou raça preta ou parda.

inclusão dos diferentes no acesso aos bens e serviços, cunhada pelo discurso da igualdade jurídica”. Ter em mente esta lógica perversa auxiliará no desvelamento das diferentes formas de acesso ao tratamento oncológico no HC I/INCA, uma vez que permitirá avaliar os dados obtidos na pesquisa de forma crítica, aprofundando o debate sobre acesso à saúde pública e à Justiça.

Silvio Almeida (2019), um estudioso contemporâneo sobre a temática, e em seu livro “racismo estrutural”, busca demonstrar como o racismo se expressa concretamente como “desigualdade política, econômica e jurídica” (ALMEIDA, 2019, p. 50). Segundo o autor, o racismo é processo político e histórico, como se busca demonstrar aqui, mas também constitui subjetividades, “em um mundo em que a raça define a vida e a morte” (ALMEIDA, 2019, p. 57), como se pode verificar pelos dados acima apontados em nota, no caso brasileiro.

De acordo com Eurico (2017, p. 423),

É o racismo, ao invés da ausência dele, que molda as relações sociais e o processo de trabalho no país e a análise desta ideologia requer o uso de referenciais teóricos capazes de desvelar a base da desigualdade social e as formas de controle da classe dominante sobre a classe trabalhadora. A escravidão marca profundamente o passado recente e conforma um legado de inserção precária da população negra na sociedade urbano-industrial e o acesso desigual às políticas sociais.

As marcas deixadas por essa formação na estrutura social brasileira criaram as condições que viabilizaram a construção de um modelo societário que abriga formas de opressão balizadas na reprodução de lógicas como os mitos da meritocracia e da democracia racial. A ideia da meritocracia, que aproxima ideologicamente a política social da moral do trabalho, somada ao racismo estrutural⁵⁷, se ajusta perfeitamente aos interesses em favor da manutenção do *status quo*. De acordo com Wacquant (2001, p. 22),

A sociologia deu expressão formal a essa crença elaborando a noção de “meritocracia”; na América do Norte, toda uma escola de pesquisa em estratificação cultuou essa crença na crescente fluidez e porosidade da

⁵⁷ Ainda o conceito de racismo institucional deve ser tomado em consideração, como será visto na análise dos resultados do estudo, e compreende o “fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação racista, que causa desvantagens às pessoas de minorias étnicas” (LÓPEZ, 2012, p. 127).

estrutura de classes, ao fazer da “aquisição de status” o esqueleto conceitual de incontáveis estudos sobre “oportunidade”.

O autor francês complementa, em nota de rodapé: “é possível mostrar que a ideologia da meritocracia social [...] preencheu nas sociedades euro-norte-americanas uma função semelhante à do mito da ‘democracia racial’ no Brasil, como aparece em Gilberto Freyre (1946)”. Esta crença é também desmistificada por Almeida (2019, p. 82), quando o autor afirma, ao analisar o caso do Brasil, que “a negação do racismo e a ideologia da democracia racial sustentam-se pelo discurso da meritocracia” que em nosso solo é “altamente racista, uma vez que promove a conformação ideológica dos indivíduos à desigualdade racial”. Sendo assim, de acordo com o mesmo, o racismo somado à meritocracia leva a reforçar que situações de fome, pobreza, desemprego sejam compreendidas como simples e exclusiva ausência de mérito de quem as enfrenta.

Vale lembrar aqui o impacto do neoconservadorismo para o estabelecimento do discurso moralizante que permeia a condução das políticas sociais no Brasil. Ainda que nos últimos anos este processo tenha ganhado vulto, Sierra, Veloso e Zacarias (2020) destacam que desde a década de 1980, em reação à promulgação da Constituição de 1988, as forças políticas da direita reúnem forças, contrapondo-se à sua orientação pautada nos direitos humanos. É importante lembrar, porém, que o neoconservadorismo das direitas brasileiras encontra suas origens muito antes, como recorda Cardoso (2020, p. 26), na permanência de seus conteúdos clássicos: “o autoritarismo, o anti-igualitarismo, o fundamentalismo religioso, o nacionalismo, a misoginia, a homofobia e muito mais”.

Soma-se a estes conteúdos, em período mais recente, a doutrina do velho testamento, a defesa do livre mercado, e a “intimidação e punição severa contra todos que representam algum perigo à ordem liberal cristã” (SIERRA; VELOSO; ZACARIAS, 2020, p. 63-64), para compor o caldo da moral neoconservadora, que permeia o movimento de associação entre o neoliberalismo e o neoconservadorismo, de acordo com estes mesmos autores. Assim é que, no Brasil, “os elementos de uma base cristã evangélica, combinados com os princípios da liberdade de mercado” (SIERRA; VELOSO; ZACARIAS, 2020, p. 65) tornam o neoconservadorismo aqui duplamente fundamentalista, culminando no que Borges e Matos (2020, p. 71) caracterizaram como a implementação no país de “um projeto ultraneoliberal, que tem como sua

contraface um projeto ultraneoliberal”, ou seja, o aprofundamento do neoliberalismo alia-se no Brasil à agenda econômico-financeira⁵⁸.

E esta percepção da realidade não se restringe ao Brasil ou a países de capitalismo dependente, sendo parte da construção de uma lógica legitimadora, a partir de instrumentos que garantam sua manutenção, os aparelhos privados de hegemonia, apresentados por Gramsci, em sua obra. De acordo com o autor,

O Estado, quando quer iniciar uma ação pouco popular, cria preventivamente a opinião pública adequada, ou seja, organiza e centraliza certos elementos da sociedade civil. [...] A opinião pública é o conteúdo político da vontade política pública, que poderia ser discordante: por isto, existe luta pelo monopólio dos órgãos da opinião pública - jornais, partidos, Parlamento [...] (GRAMSCI, v. 3, 2007, p. 265).

O Estado cumpre função essencial no sistema capitalista, como parte do aparelho coercitivo que garante a sua sustentação e os meios para a sua reprodução, onde quer que se desenvolva. A configuração política das instituições estatais que expressará a dominação capitalista de tipo hegemônica, conforme Demier (2017), será o regime político que assume a forma da democracia liberal burguesa.⁵⁹ No caso brasileiro, este desenvolvimento do capitalismo e sua relação com o Estado se dá a partir de sua inserção dependente no sistema, a nível mundial, o que traz algumas implicações e particularidades, conforme segue:

O padrão de desenvolvimento capitalista dependente é incapaz de superar certas realidades, que se reconstituem e se revitalizam de modo permanente, como a forte dominação externa; a apropriação dual ou associada do excedente econômico; a extrema desigualdade na distribuição da riqueza, do prestígio social e do poder; a coexistência do crescimento capitalista interno com o subdesenvolvimento ‘absoluto’ ou ‘relativo’, forçando constantes rearticulações de setores ‘arcaicos’, ‘modernos’ e ‘ultramodernos’; intensa exclusão institucional das classes destituídas etc. (FERNANDES, 2011, p. 261).

Partindo desta concepção de dependência, Fontes (2021, p. 1 – grifo no original) destaca que a “[...] compreensão da dependência somente pode se dar em

⁵⁸ Demier (2017) aponta a atual onda conservadora como um dos ingredientes do golpe que retirou o PT do poder federal em 2016.

⁵⁹ Sendo um “*regime de classe*” (id., ibd., p. 25 – grifos no original), a democracia representativa configura-se sempre, enquanto uma das formas políticas assumidas pelo Estado capitalista, como “*forma de dominação política do capital sobre o trabalho*” (id., ibd., p. 33 – grifos no original).

razão dos processos sempre desiguais de *expansão* do próprio capitalismo, apesar – e em razão – de suas crises [...]”. A compreensão da autora sobre a temática passa pela ideia de capital-imperialismo, categoria que toma como princípio a perspectiva de desenvolvimento contraditório do capitalismo no pós-II Guerra Mundial, uma vez que a expansão das bases sociais do sistema se acentua de modo que não encontra precedentes na história, em um movimento que altera os fundamentos das “conexões entre domínio e subalternidade no cenário internacional” (FONTES, 2021, p. 1). Assim, a categoria dependência busca dar conta dos processos de intensificação da expropriação das massas trabalhadoras, recorrendo também a estratégias de contrarrevolução permanente. Deste modo, prossegue:

A imposição e generalização do formato censitário (custos crescentes eleitorais) e autocrático (redução da participação; elitismo; disputa entre partidos similares, com reduzida diferença entre eles) tende a reduzir a democracia a um formato similar a uma assembleia de acionistas, onde a aceitação da participação dos minoritários tem como contrapartida a centralidade dos interesses da própria reprodução – ampliada – do capital. Instaura-se um padrão bifurcado da política, altamente unificado e internacionalizado para o capital e fortemente fragmentado para o trabalho (FONTES, 2021, p. 7).

A temática é desenvolvida pela autora, como se pode ver, a partir de forte inspiração em Florestan Fernandes, ao analisar o período mais recente de aprofundamento da mundialização⁶⁰ do sistema capitalista e seus efeitos nas sociedades dependentes. O referido autor destaca, em suas contribuições quanto à formação do país, que após a II Grande Guerra, o capitalismo passa a lutar pela sua sobrevivência em absolutamente todos os continentes, até mesmo devido à ascensão do socialismo à época, o que leva a uma necessidade ainda maior de controle da periferia, para além da importância das matérias-primas dali extraídas e dos seus dinamismos econômicos (FERNANDES, 1976, p. 253). E neste processo de aprofundamento da transformação capitalista, as nações capitalistas centrais e hegemônicas encontram no Brasil um sólido parceiro na periferia dependente e subdesenvolvida, com uma burguesia forte o suficiente para “[...] saturar todas as funções políticas autodefensivas e repressivas da dominação burguesa [...]” (FERNANDES, 1976, p. 294).

⁶⁰ Conferir, sobre o conceito, Chesnais (2005).

A importância da busca pela compreensão desta trajetória histórica do capitalismo no Brasil tem reflexos diretos para uma interpretação da conjuntura que se apresenta. Neste sentido recorda Iamamoto (2017, p. 76-77) que a crise atual, econômica e política, no campo e na cidade, atualiza

traços históricos de nossa burguesia associada e dócil à dependência externa, na condição de sócio menor desta aliança com devoção ao mandonismo local discricionário, alimentado pela apropriação privada da coisa pública mediante a captura do Estado Nacional para seus fins privados. Esse é um traço persistente da revolução burguesa no Brasil, segundo interpretação de Florestan Fernandes (1976). Ela ocorre mantendo a dependência externa e a desigualdade do desenvolvimento interno, conduzida por uma burguesia nacional associada ao grande capital internacional. Aliam-se as particularidades do liberalismo no Brasil: forjado no seio da escravatura saúda o ideário libertário da revolução francesa nas suas atividades econômicas externas (Viotti da Costa, 1977). Em outros termos, a liberdade de comércio convive com o arbítrio e a força nas relações internas, sendo uma de suas expressões históricas o escravismo e o mandonismo local, que derivou nas várias expressões dos coronelismos na política regional.

Para levar a cabo o projeto de evolução do capitalismo, sempre foi necessária a contribuição do Estado, ou melhor, a utilização do aparato estatal para a consecução das propostas do capital. Deste modo, inúmeras entidades são criadas, a nível internacional, tanto oficiais quanto privadas, com o objetivo de “assegurar a coordenação econômica e mercantil de empreendimentos com enorme abrangência e que exigiam grande mobilidade espacial”, garantindo uma “autonomização local da gestão sem redução da unidade de ação no plano internacional” (FONTES, 2021, p. 9).

Importante destacar a contribuição de István Mészáros (2015) quanto à temática do Estado e suas funções corretivas e de estabilização do sistema do capital. Segundo ele, “o Estado na sua composição na base material antagônica do capital não pode fazer outra coisa senão proteger a ordem sociometabólica estabelecida, defendê-la a todo custo, independentemente dos perigos para o futuro da sobrevivência da humanidade” (MÉSZÁROS, 2015, p. 28). O autor traz ainda valiosas reflexões, que serão destacadas no próximo capítulo, sobre a questão do direito e o Estado, destacando: “O Estado é essencialmente *lei*, e a *lei* é a *essência do Estado*. O Estado é essencialmente lei no sentido de que ele existe a fim de garantir uma *ordem correta* das relações entre seus *membros*, expressa na forma de regras

declaradas e impostas” (BARKER, 1957, p. XXVIII, apud MÉSZÁROS, 2015, p. 54 – grifos no original).

A análise do autor paira, porém, sobre um Estado minimamente conformado nos pilares da cidadania e democracia, ainda que estas “formulações democráticas liberais” estejam vinculadas à ideia de “‘contenção do Estado’ em relação à ‘sociedade civil’” (MÉSZÁROS, 2015, p. 57). Aqui, contudo, trata-se do Estado brasileiro que, em sua conformação, via de regra, desconhece estes pilares, uma vez que o autoritarismo⁶¹ e as conciliações de classe “pelo alto” marcam a evolução histórica das políticas no país⁶².

Além disso, ao falar de democracia no capitalismo, é importante ter em mente seus limites, uma vez que não haveria um “conjunto institucional ‘padrão’ para a forma política estatal” (MASCARO, 2013, p. 32) e afirmá-lo implica em algumas consequências: primeiro, que seria um equívoco associar estruturalmente capitalismo e Estado democrático de direito; em segundo lugar, exige que a democracia seja desvelada em sua especificidade estrutural e funcional. Para tanto, algumas pistas já são apresentadas pelo autor: “ela [a democracia] se assenta sobre bases jurídicas e políticas bastante estabilizadas, como a defesa intransigente da propriedade privada, e também sobre bases sociais de alto teor opressivo, como o patriarcalismo, o racismo ou a xenofobia” (MASCARO, 2013, p. 86). Assim, a forma política do capitalismo é que daria o “[...] limite da própria liberdade da vontade democrática” (MASCARO, 2013, p. 87).

Tradicionalmente, incorre-se no risco de tratar os direitos alcançados na sociedade atual como garantias que se supõe “eternas” ou ainda enquanto concessões de um Estado colocado na posição daquele que surgiu e tem como principal razão de ser o asseveramento dos mesmos. Ora, aponta-se aqui a “estatolatria”⁶³ que tem ecos em produções acadêmicas que versam, entre outros,

⁶¹ Souza (2017, p. 119) adverte que as “tirantias privadas”, quando são transmitidas da esfera da família e da atividade sexual para a esfera pública das relações políticas e sociais, revelam-se “[...] na dialética de mandonismo e autoritarismo de um lado, mais precisamente no lado das elites, e no abandono e no desprezo das massas por outro”.

⁶² Como recorda Simionatto (2008, s.p.), o país é marcado pela ação do Estado “pelo alto”, “a partir do consentimento ativo das classes que formam a base de constituição da hegemonia, que abrem mão de seus projetos em nome de um projeto universal abstrato”.

⁶³ De acordo com Lenin (2007), o Estado burguês estrutura-se de modo a manter-se como instrumento de dominação da classe dominante, passando a ser, assim, a expressão política do

sobre as políticas públicas, nas quais carece o rigor crítico necessário a quem busca desvelar a sociedade capitalista e sua dinâmica. O próprio Marx já denunciava este equívoco em sua “Crítica ao Programa de Gotha”, ao analisar o programa do Partido Operário Alemão, que defendia que a organização socialista do trabalho surgiria de uma “ajuda” do Estado às cooperativas produtivas, sem um processo de transformação revolucionário da sociedade. Declara o autor: “Que se pode construir com apoio do Estado uma sociedade nova do mesmo modo que um caminho-de-ferro novo, é [bem] digno da imaginação de Lassalle⁶⁴!”.

Ainda sobre o papel do Estado no sistema capitalista, é necessário mencionar o que Ianni (1965, p. 29-30) designou como dirigismo estatal⁶⁵, ao refletir sobre o desenvolvimento econômico do Brasil no século passado, voltando sua análise sobretudo ao período entre as décadas de 1940 e 1960. Naquele período, quando o capitalismo em sua fase monopolista estabelecia suas bases também em terras brasileiras, o autor demonstra como o Estado se torna lócus privilegiado do capital, “instituição fundamental o sistema social global” (id., *ibid.*, p. 55), o que não significava a constituição de um capitalismo de Estado, mas sim de um Estado para o capitalismo. Neste sentido, apresenta, a partir de dados econômicos da época, como o Estado, em determinado momento histórico, torna-se imprescindível ao desenvolvimento das forças produtivas. Assim, a dinâmica econômica do Brasil no período, marcada pelo processo de substituição de importações promovido pela industrialização, a partir sobretudo da década de 1950, passa a contar cada vez mais com a intervenção ativa do Estado, através do incentivo à expansão e diversificação das atividades

mercado, a expressão da universalidade e dos interesses do capital. Para um aprofundamento sobre a temática, conferir a obra “O Estado e a Revolução”, do autor.

⁶⁴ Ferdinand Lassalle, comunista contemporâneo de Marx, tentou rever conceitos da obra marxiana. Seu idealismo e os erros na reinterpretação da obra marxiana – que levaram à concepção de um socialismo nacional e de um reformismo social – estavam presentes no programa do Partido Operário Alemão, alvo do texto em questão.

⁶⁵ O termo dirigismo estatal foi utilizado pelo autor para caracterizar o protagonismo do Estado no período específico de desenvolvimento econômico que marca sobretudo os períodos varguistas. A expressão é encontrada, porém, na literatura liberal internacional, para referir-se negativamente à intervenção econômica em determinados países, como a França, no pós-Segunda Guerra, e segue sendo utilizada até os dias atuais, no Brasil, sobretudo pela mídia conservadora, com a mesma conotação.

produtivas⁶⁶. O autor (id., ibid., p. 51) destaca que este processo é marcado por “manifestações expressivas da maneira pela qual o processo econômico se vincula dinamicamente ao sistema institucional”⁶⁷.

Neste processo, o Estado é também levado a assumir atividades dirigidas à eliminação de focos de crise ou que levem ao seu desenvolvimento ordenado (IANNI, 1965, p. 56). Assim, as políticas sociais assumem papel estratégico como forma de assegurar hegemonia à burguesia, tendo em sua origem o signo contraditório de assegurar a manutenção das classes subalternas a partir, inclusive, de suas demandas e lutas, ao tempo em que a apazigua e controla⁶⁸.

Marx (2021), em seu texto “Glosas Críticas Marginais ao Artigo ‘O Rei da Prússia e a Reforma Social’ de um Prussiano”, de 1844, apresenta valiosas indicações sobre o modo como a burguesia “enfrenta” a questão do pauperismo à época, e como o Estado, como “ordenamento da sociedade”, busca a origem do que chama “problemas sociais” em leis da natureza que independem da ação humana, ou na vida privada ou, quando muito, em falhas no âmbito da administração. No que diz respeito a esta última, afirma, referindo-se à situação da Inglaterra:

[...] o pauperismo foi configurando-se como uma instituição nacional e chegou por isso, inevitavelmente, a ser objeto de uma administração ramificada e bastante extensa, uma administração, no entanto, que não tem mais a tarefa de eliminá-lo, mas, ao contrário, de discipliná-lo. (MARX, 2021, s.p.)

Pastorini (1997) recorda que é apenas diante da possibilidade de lutas e conflitos sociais que o Estado lança mão da política social, antecipando-se, no mais das vezes, às crises desencadeadas pela pressão das classes subalternas. Esta lógica, que, de um lado, impede que o Estado, sob pena de negar-se a si mesmo e ao sistema econômico que representa, reconheça como estruturais as causas da pobreza e, de outro lado, coloca sempre os interesses econômicos acima de todas as coisas, leva a que a miséria seja sempre tratada por meio de políticas residuais e,

⁶⁶ É em 1952, por exemplo, que será criado o BNDE – Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico.

⁶⁷ Também em Mandel (1982) o Estado aparece como pressuposto geral no processo de valorização do capital.

⁶⁸ Para uma crítica da categoria “concessão-conquistista”, conferir Pastorini, 1997.

sempre que possível, outorgada à iniciativa da filantropia. Em períodos de crise, como a que se verifica desde a década de 1970, como apontado acima, mais ainda o Estado se retrai no âmbito das políticas sociais.

Todo este esforço em realizar essa análise histórica do Brasil teve por objetivo trazer elementos que auxiliassem na compreensão do modo como se conformaram as políticas sociais no marco das fronteiras nacionais. Necessário neste momento, assim, avançar à apresentação das particularidades da conformação histórica da política de saúde no Brasil, para que seja possível refletir, então, sobre as inflexões do processo de desenvolvimento da área.

1.3 A política social de saúde no Brasil

As reflexões apresentadas até aqui permitem avançar na discussão sobre a política social de saúde no Brasil, compreendida em uma perspectiva de totalidade, em seu sentido ampliado, para além da tradicional lógica biologicista, restrita ao processo saúde-doença⁶⁹. Esta ampliação permite uma dupla acepção: os aspectos econômicos, sociais, culturais, entre outros, são considerados determinantes dos níveis de saúde de uma sociedade; os(as) usuários(as) dos serviços de saúde são compreendidos(as) não simplesmente enquanto doentes ou pacientes com determinada patologia, mas sim como pessoas, marcadas por trajetórias únicas e pessoais, devendo ser, deste modo, percebidas integralmente. Esta compreensão se apresenta em consonância com o conceito de saúde preconizado pelo SUS⁷⁰, que

⁶⁹ A lógica biologicista defende a saúde meramente como ausência de doença, desconsiderando que fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população. De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 80), ainda que a OMS compreenda a saúde em seu conceito ampliado, até a primeira década do século XIX houve momentos de retrocessos no âmbito dos determinantes sociais da saúde, como nas décadas de 1950, quando houve uma ênfase nas campanhas de combate a doenças específicas, e de 1980, quando o predomínio do enfoque da saúde como um bem privado desloca novamente o pêndulo para uma concepção centrada na assistência médica individual. De acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), “os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (id., *ibid.*, p. 78).

⁷⁰ A lei 8.080/90, em seu artigo 3º, dispõe o seguinte: “Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a

aponta para as condições de vida da população. Também a Organização Mundial de Saúde – OMS – compreende a saúde de forma ampliada, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (OMS, 1946, s.p).

A saúde passou a ser objeto de intervenção estatal no Brasil há menos de um século, mais precisamente a partir da década de 1930, sendo neste período caracterizada pela divisão em dois setores: Saúde Pública e Medicina Previdenciária (BRAGA; PAULA, 1981, p. 52). Estes autores destacam, quanto às iniciativas anteriores: as obras de saneamento de Rodrigues Alves a partir 1902, no Rio de Janeiro e a obrigatoriedade da vacinação, em 1904, ambas numa perspectiva imediatista; a reforma Carlos Chagas de 1923, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, cujas atribuições, porém, restringiram-se ao discurso. É neste mesmo período que se ampliam as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

O período anterior à década de 1930 é marcado, portanto, pela atuação eminentemente filantrópica sobre a saúde da população em geral, em um momento em que a “questão social”, em suas refrações, era encarada como “caso de polícia”, como declarou Washington Luís, presidente do país entre 1926 e 1930. Ianni (1989, p. 146) recordará que, ao longo das décadas de 1920 e 1930, os governantes e setores dominantes começam a admitir que a “questão social” poderia ser tratada como “caso de política” ou, em seus termos, como um “problema político”. Lembra, porém, que determinados aspectos da “questão social”, em certos momentos posteriores, tornaram a ser considerados problemas de polícia, como ocorre ainda nos dias atuais.

Braga e Paula (1981), em sua periodização concernente ao surgimento de uma saúde pública no país, destacam o intervalo 1930-1966 como da formação de uma “política nacional de saúde”. O processo de consolidação do esboço desta política se dará, de acordo com Bravo (2009, p. 92), no período de 1945-1950.

No Brasil, o período entre 1930 e 1980 foi marcado pelo desenvolvimentismo, ingrediente ideológico fundamental da industrialização de tipo capitalista, de acordo com Ianni (1965, p. 108). Neste interregno, sobretudo até os finais da década de 70,

garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (BRASIL, 1990).

como recorda Netto (2007, p. 144), a industrialização, urbanização e modernização da agricultura brasileiras foram acompanhadas de uma extraordinária performance econômica, com um aumento anual de, em média, 5,9% do PIB e a multiplicação por 5 da renda per capita. Este crescimento econômico brasileiro não trouxe, porém, a realização da tal prometida “distribuição do bolo”, e neste período, o que foi constatado é que o padrão de desigualdade se manteve, ao contrário do que autores liberais e agências “multilaterais” já propagaram, como visto em item anterior.

Pode-se afirmar, considerando o período em questão, que, no Brasil, “a cobertura previdenciária se universaliza sob um ordenamento político fechado, repressor das demandas sociais e que, ao invés de hierarquizar a cidadania, a nivela num estatuto inferior” (VIANNA, 2011, p. 142). Isto porque esta época abarcará dois períodos ditatoriais: a ditadura varguista (1937-1945) e a ditadura inaugurada em 1964 (1964-1985). Melo (1993, apud VIANNA, 2011, p. 155 – grifos no original) destaca o *fracasso* das reformas operadas no pós-autoritarismo no sentido de

expressar o resultado da ação de constrangimento que, conjugados a ‘características estruturais do sistema político brasileiro’, limitaram ‘o escopo de estratégias redistributivas e de natureza universalista’ – estratégias adotadas pelas reformas das políticas sociais em geral – no contexto democrático da segunda metade dos anos 80.

O período da ditadura instaurada na segunda metade do século XX se deu em meio e em decorrência do contexto da guerra fria, como parte de um processo de contrarrevoluções preventivas detonados em escala mundial pelos núcleos imperialistas. Netto (2017, p. 124) destaca que esta página da história do país foi resultado de uma escolha que melhor atendia aos interesses do grande capital naquele momento, com o apoio dos maiores empresários e banqueiros, latifundiários e empresas estrangeiras aqui alocadas. Estes apoios se dão em consonância com a lógica de desenvolvimento apresentada por Florestan Fernandes e outros autores, que demonstraram que as revoluções no Brasil nunca se deram de forma “clássica”, como lembra o autor, mantendo-se aqui o latifúndio e o desprezo à soberania nacional. O golpe, portanto, corrobora a lógica de inserção dependente e a vinculação da economia do país aos interesses imperialistas, liquidando a possibilidade à época, de democratização substantiva da sociedade brasileira, como destaca o autor, reforçando “[...] a *dependência* das orientações macroeconômicas em face dos

interesses imperialistas [...] e a *exclusão* da massa do povo do processo das decisões políticas” (NETTO, 2017, p. 127 – grifos no original). Além do mais, reproduzindo a histórica forma de inserção no capitalismo global, o golpe faz do Estado brasileiro o núcleo articulador do grande capital (estrangeiro, nativo e do latifúndio) em prol de um projeto econômico de crescimento aliado e submisso ao capital estrangeiro e às exigências, em vigor à época, das metrópoles imperialistas.

Todo este processo leva o país a um estágio avançado do capitalismo monopolista, fase com forte tendência à superacumulação, como expõe Mandel. Este autor destaca que uma de suas características “foi uma ampliação geral da legislação social, que ganhou impulso particular no período imperialista” (MANDEL, 1985, p. 338), o que acabou determinando

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

Este período foi caracterizado pelo que o autor denomina uma longa onda expansiva do capital, e um de seus rebatimentos, no caso brasileiro, está relacionado, entre outros fatores, à característica inata do capital de “combinar expansão internacional com a formação e a consolidação de mercados nacionais” (MANDEL, 1985, p. 219). O autor afirma que a fase do capitalismo tardio, em expansão no pós-guerra, caracteriza-se por “dificuldades crescentes de valorização (supervalorização, superacumulação)” e, ainda, “pela suscetibilidade crescente do sistema social a explosivas crises econômicas e políticas que ameaçam diretamente todo o modo de produção capitalista”. Estes movimentos acabam por demandar do Estado uma maior intervenção no sistema econômico vigente, o que torna mais claro “o fato de que esse sistema sofre de uma doença incurável” (MANDEL, 1985, p. 340-341).

Oliveira (2008, p. 112) afirma, quanto ao período anterior à Constituição de 1988, que “uma característica da política social brasileira é o acesso a algumas medidas de proteção social apenas para parcela da população que se encontrava formalmente no mercado de trabalho”. Este aspecto configurava-se no que Wanderley G. Santos (1987, p. 68) denominou de “cidadania regulada”⁷¹.

⁷¹ Retome-se, aqui, como contribuição já mencionada em seção anterior, a de Souza, com seu conceito de subcidadania, que seria condição permanente daqueles aos quais não é possível

Será somente a partir de 1966, já imersos no regime ditatorial militar, que o subsetor de medicina previdenciária irá sobrepujar o de saúde pública (BRAGA; PAULA, 1981, p. 53). Entre as décadas de 1960 e 1970, os gastos do então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) com Saúde cresceram exponencialmente e neste período o setor privado cresce em importância, influência e dimensões, com o apoio do Estado, ocupando posição significativa no Brasil⁷², de acordo com estes mesmos autores (BRAGA; PAULA, 1981, p. 109).

Cislaghi (2015, p. 95) caracterizará a prestação dos serviços de saúde pelo Estado através de três subsistemas: o próprio, o contratado e o conveniado, desde o INPS até a formação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1977. Quanto à concepção inicial do INCA, a década de 1930 marca a criação do Centro de Cancerologia do Distrito Federal, no governo Getúlio Vargas, sendo parte deste subsistema próprio de prestação de serviços de saúde, vinculado ao Ministério da Saúde, sob administração direta do Governo Federal ainda na década de 1940, e, desde então, por apenas um curtíssimo período de três anos fica subordinado ao Ministério da Educação e Cultura (1969-1972). A política de saúde oncológica no Brasil está, portanto, umbilicalmente vinculada à criação do INCA, que surge como Serviço Nacional de Câncer naquela mesma década. Em 1961 o nome Instituto Nacional de Câncer é oficializado e novas competências lhe são atribuídas. Em 1967, cria-se a Campanha Nacional de Combate ao Câncer – CNCC, com o intuito de se agilizar, financeira e administrativamente, o controle do câncer no Brasil e, em 1969, como mencionado, sob inúmeros protestos, o Instituto é desligado do Ministério da Saúde, passando à administração da Fundação Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, entidade ligada ao Ministério da Educação e Cultura, para ser adjudicado, três meses depois, à recém-criada Fundação das Escolas Federais Isoladas do Estado da Guanabara – FEFIEG. Esta situação, porém, não duraria muito tempo, pois, em 1972, graças aos movimentos de resistência e de luta internos e externos, o INCA é reintegrado ao Ministério da Saúde, desligando-se de seu antigo

incorporar disciplina, autocontrole e cálculo prospectivo, características presentes na formação dos indivíduos nas classes dominantes e na classe média, e, por isto, não existiria para aqueles a possibilidade de inserção produtiva no mercado de trabalho capitalista competitivo.

⁷² Importante destacar que o INPS, em 1966, é fruto da unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) e, em consequência, dos seus recursos.

órgão gestor financeiro, a então Divisão Nacional de Câncer – nova nomenclatura que havia sido adotada para o SNC – e passando a ser subordinado diretamente ao Gabinete do Ministro da Saúde.

A partir de meados da década de 1970, o aumento das pressões populares demandou uma busca por “maior efetividade no enfrentamento da ‘questão social’” (BRAVO, 2009, p. 94), por parte da política social. Além disso, verificou-se, no período, uma crise no setor saúde, no sentido econômico-financeiro, em última instância, de natureza claramente política, constatando-se a permanência de graves problemas de saúde para a população (BRAGA; PAULA, 1981, p. 195).

Com a redemocratização do país, nos anos 1980, verificou-se grandes avanços no âmbito legal, com uma ampliação e aprofundamento dos direitos sociais, consubstanciados na “Constituição Cidadã”, passando a saúde a ser pensada em sua dimensão política, estando estritamente vinculada à democracia, conforme recorda a mesma autora (BRAVO, 2009, p. 95). Ao mesmo tempo, o país se via em uma crise econômica e o período que se sucedeu, sobretudo com o governo Fernando Henrique Cardoso, marcou-se pela implantação do projeto neoliberal e, assim, a consolidação de um projeto de saúde voltado para o mercado.

A partir da década de 1970, uma longa onda com tonalidade de estagnação do capitalismo, a nível mundial, se inicia, chegando, sobretudo após a década de 1980, ao Brasil, com o neoliberalismo, a reestruturação produtiva, a mundialização do capital, contrarreformas, a reestruturação do Estado, que atingem diretamente o campo dos direitos.

Estas mudanças impactam diretamente na forma como o Estado lida com a “questão social”, caracterizando uma alteração na intervenção estatal, interpretada por alguns como “enxugamento”, “diminuição”, “minimização” do Estado, mas compreendida aqui no sentido de Estado mínimo para o social, e máximo para o capital, como caracterizado por Netto. Mesmo em se tratando de um Estado focalista, seletivo, clientelista, no campo das políticas sociais, importante destacar a vinculação de certo modo orgânica entre o capital e o Estado, claro, no modo de produção em questão. Cislighi (2015, p. 36) o ilustra ao analisar os serviços de saúde, constituintes das políticas sociais, tomando como referência Mandel. A autora recorda que, mesmo sendo oferecidos pelo Estado, estes serviços ainda se manteriam dentro do circuito do capital, uma vez que acelerariam a rotação do capital por meio da compra de

materiais do capital privado pelo Estado, como equipamentos, medicamentos e outros, “reduzindo os custos da produção como salário indireto”⁷³. No capitalismo, portanto, “quando oferecidos pelo Estado os serviços sociais participam indiretamente da valorização do capital. Quando oferecidos diretamente pelo capital, os serviços sociais tornam-se fontes diretas de mais valia, muitas vezes subsidiados pelo fundo público” (CISLAGHI, 2015, p. 38).

Destaca-se que, mais recentemente, com os governos Lula da Silva e Dilma Rousseff, no início do século XXI, seguiu-se a contrarreforma da Previdência Social, a despeito do projeto que se apresentava, inicialmente, como contraposto aos interesses hegemônicos das classes dominantes. No que se refere à saúde, o Projeto da Reforma Sanitária⁷⁴, vitorioso na Constituição de 1988, continuou sendo vítima de ataques, já que estes governos continuaram a fortalecer o projeto privatista⁷⁵.

Considerando o exposto, faz-se necessário, neste momento, apresentar o modo como se manifestam as expressões da “questão social” na área da saúde. A importância do debate sobre o tema está diretamente vinculada à sua indissociabilidade com a questão do acesso ao tratamento de câncer.

O contexto de precarização da saúde pública parte, como visto, de um processo mais geral de desmonte das políticas sociais engendrado pelo neoliberalismo, com seu trinômio privatização, focalização/seletividade e descentralização (DRAIBE, 1993 apud BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 155). Schreider e Monteiro (2013, p. 78),

⁷³ De acordo com a autora: “as políticas sociais são financiadas pela produção social da riqueza seja trabalho necessário, seja a mais valia social com o intermédio direto do Estado na organização dessas políticas. Costumam ser chamadas de salário indireto, porque não mercantilizadas diretamente. Quando financiadas além do trabalho necessário pela mais-valia social, essas políticas podem significar uma redução indireta da taxa de exploração, na medida em que a mais valia é devolvida parcialmente ao trabalhador em forma de bens e serviços” (CISLAGHI, 2015, p. 25).

⁷⁴ A Reforma Sanitária constitui-se em um projeto originado no Movimento Sanitário, que teve suas bases fundadas na década de 1970, de acordo com Teixeira e Mendonça (2011), tendo, de acordo com as mesmas, se desenvolvido, em parte, pela constituição de um pensamento crítico definido por Escorel (1999) como de caráter contra-hegemônico. Este processo acaba por concretizar propostas de transformação do Sistema de Saúde, dando-lhe o caráter que define atualmente a saúde como dever do Estado e direito universal.

⁷⁵ A título de exemplo, podem ser citados: a instalação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) pelo Ministério da Educação pela portaria nº 442, de 25 de abril de 2012, transferindo a gestão de grande parte dos Hospitais Universitários do país; a abertura de ofertas de serviços de saúde ao capital estrangeiro, a partir da lei nº 13.097/2015; o aprofundamento do subfinanciamento da área de saúde, com cortes e desfinanciamento.

seguindo esta lógica, destacam que se vive, na atualidade, uma realidade marcada pela

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

Estas são apenas algumas das “expressões da chamada questão social, objeto do trabalho do assistente social, que, somadas ao adoecimento por câncer [...] trazem uma série de dificuldades tanto para os pacientes em tratamento quanto para os seus familiares” (CHAVES; OLIVEIRA, 2014, p. 149).

É flagrante, assim, o abismo entre o que está preconizado formalmente e a realidade que se apresenta para a população usuária dos serviços de saúde no país. Faveret Filho e Oliveira (1989, p. 32) já haviam destacado ter ocorrido no Brasil um processo de “‘universalização excludente’, onde cada movimento de expansão universalizante do sistema é acompanhado de mecanismos de racionamento (queda na qualidade dos serviços, filas etc.), que expulsa do sistema diversos segmentos sociais”. Este conceito, para os autores, expressa a implementação de uma política social de saúde que, em princípio, seria redistributiva, não sendo necessário, pelo menos diretamente, com ela contribuir, e era a perspectiva que se avistava com a Constituição Federal de 1988: se, de um lado, se dava a inserção de parte da população, até então alijada de qualquer atenção em saúde, ao mesmo tempo, eram expulsos os segmentos médios para a contratação privada de serviços de saúde. Resumindo,

A universalização no caso brasileiro, torna-se eficiente para efetivar o direito social à saúde não por incluir sobre sua responsabilidade, como subentende-se da formulação sanitarista, a totalidade da população (Paradigma Inglês), mas por torná-lo apto, tendo-se em vista a limitação da sua oferta potencial de serviços, a atender os setores de menor poder aquisitivo (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1989, p. 34).

Behring (2008, p. 286), argumentando sobre este processo, destaca que há uma dualização entre um “sistema pobre para os pobres” e um padrão maior de qualidade para os que podem pagar por serviços mais corriqueiros, recordando que os serviços da alta complexidade – como o caso em pauta – permanecem no setor

público. A autora cita, ainda, os atendimentos de média complexidade, ou que requisitam tecnologia de ponta, que se restringem ao setor privado quase em sua totalidade, dificultando seu acesso pela maior parte da população.

Importante destacar, como parte deste processo, a redução progressiva de investimentos na área da saúde, com o processo de redirecionamento do fundo público, movido, como destaca Cislighi (2015), por estratégias para a sua apropriação privada e captura por meio de mecanismos da dívida. Recordar-se que, a partir de 1988, o fundo público passa a ser a fonte fundamental de recursos para a saúde.

Neste sentido, Salvador (2017, p. 434), menciona o desmonte do financiamento da seguridade social, a partir do ajuste fiscal encetado desde 1993, demonstrando que o (des)financiamento do setor com a retirada de recursos por meio da Desvinculação dos Recursos da União, a DRU⁷⁶ e das renúncias tributárias alcançou o montante de R\$ 269,50 bilhões em 2016. O autor destaca, ainda, “o subfinanciamento crônico da saúde, muito aquém dos recursos públicos necessários para a universalização dessa política” (SALVADOR, 2017, p. 436). De acordo com o mesmo, a política de saúde nunca conseguiu alcançar os 30% pleiteados do Orçamento da Seguridade Social – OSS –, sendo que, entre 2008 e 2016, a função saúde perdeu ainda mais espaço neste conjunto das despesas, indo de 12,86% em 2008 para 11,85% do OSS em 2016.

A saúde no Brasil tem sido caracterizada por uma realidade marcada pela negação de seus princípios norteadores: a universalidade – uma vez que nem todos acessam a saúde em todos os seus níveis de complexidade –; a integralidade – na medida em que as políticas públicas, e mesmo os programas da área da saúde, não dialogam entre si e o usuário do sistema é visto apenas em sua doença –; e a equidade, já que os sujeitos, em sua grande maioria, não são atendidos em suas necessidades, e as políticas, mesmo que elaboradas de forma a atender a população em sua diversidade, acabam, muitas vezes, por fragmentar ainda mais a atenção à saúde.

A atual quadra histórica tem sido marcada, assim, por escolhas políticas que pressionam as cifras voltadas à política de saúde para baixo, como visto, desvios de

⁷⁶ Este mecanismo, sobretudo após 2015 e que se encontra em vigor até 2023, permite ao governo federal alocar livremente 30% das verbas obtidas com taxas, contribuições sociais e de intervenção sobre o domínio econômico.

verbas e estratégias que envolvem a transferência de recursos para a gestão privada de serviços. Além disso, como avalia Bercovici (2019), a partir da década de 1990, há com a Reforma do Estado a criação de dois focos de atuação do poder público: um deles é a administração pública, centralizada, responsável pela formulação e planejamento das políticas públicas, e outro que são os órgãos reguladores, chamados “agências”, como a ANS no caso da saúde. Este movimento acabou por levar à ideia de que a tarefa primordial do Estado seria controlar o funcionamento do mercado. Neste mesmo movimento, e como sua consequência, é que o autor destaca a transição da figura da população em geral de cidadãos para consumidores, clientes, concordando, como será visto, com Mota (1995) e Soares (2009).

Também cabe mencionar, no que diz respeito ao financiamento de políticas no Brasil, o recente artigo de Behring, Cislighi e Souza (2020), em que é apresentado e discutido o Plano Plurianual 2020-2023. De acordo com as autoras, o referido plano é marcado por uma simplificação de dados, falta de problematizações e ausência de participação social, o que não surpreende enquanto perfil do presente governo. Segundo as mesmas, em linhas gerais,

o orçamento para os próximos quatro anos caracteriza-se como parte da política ultraneoliberal em seu explícito apelo à redução da atuação estatal no campo social e afirma seu cariz conservador pela sua visão conservadora de família, patriarcal e mononuclear, sem remissão à função do Estado no campo dos direitos atinentes à sua proteção [...] (BEHRING; CISLAGHI; SOUZA, 2020, p. 112).

Quanto ao que interessa ao presente estudo, as autoras demonstram que o eixo social ocupa segundo lugar na previsão orçamentária, recebendo cerca de pouco mais de um terço, em torno de 1,5 trilhão de reais, que o eixo econômico. Destaque-se que o escopo deste eixo se limita aos temas de Educação, Saúde, Assistência Social, Cultura e Esporte, além de Vínculos familiares e intergeracionais e que os temas de previdência e geração de emprego e renda foram alocados no eixo econômico, em patente dissonância com a previsão constitucional de considerá-los na perspectiva de direitos. Mais uma vez, portanto, fica clara a proposta de capitalização da previdência social, como parte da retirada de direitos das classes sulbateras e de alimentação do capital financeiro pelo fundo público, aprofundando este quadro de ultraneoliberalismo atual.

Vianna (2011, p. 148) apresenta um dado interessante no que se refere ao modo de constituição do setor saúde no Brasil: o que a autora denomina empresariamento da medicina, sobretudo a partir de 1970, em um movimento de desobrigação do setor público. Naquele período, houve a formação de uma significativa demanda por serviços médicos massificados de boa qualidade assumida pelo mercado, não sem o concurso do Estado, como de costume. Este processo marcou, ainda, a conformação do cidadão enquanto “pessoa física”, “como um contribuinte integrado ao universo do consumo individualizado – inclusive, de serviços médicos” (VIANNA, 2011, p. 149). No bojo do movimento de crise do capitalismo tardio, verifica-se também neste período um processo de supercapitalização, como ressalta Cislighi (2015, p. 37), o que torna economicamente relevantes setores como a medicina, que, “exercida em outros momentos hegemonicamente como profissão liberal numa relação direta entre o trabalhador médico e o consumidor de seus serviços, passam ao domínio do capital”. Esta viragem também foi caracterizada por uma ampliação, no período ditatorial, do subsetor de serviços, tendo o Estado como principal mediador no processo de intervenção sobre a “questão social”, “por meio do binômio repressão-assistência, ampliando o acesso a inúmeras políticas sociais, dentre elas a saúde” (BRAVO, 2010, p.41 apud CISLAGHI, 2015, p. 95). A ampliação do acesso, porém, de acordo com a autora, caracterizou-se pela compra, pelo Estado, de serviços do setor privado, o que garantiu a este último o estabelecimento de um mercado consumidor, o que não seria possível sem esta intervenção do Estado, uma vez que a população, pauperizada, se encontrava alijada de meios próprios para de acesso à saúde.

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

A Constituição de 1988, como já foi mencionado, é a primeira engenharia institucional que consagra o processo de ampliação das bases legais para o estabelecimento de uma rede de políticas sociais, o que, em mais de trinta anos desde a sua promulgação, abriria um leque de possibilidades no que se refere à construção do que alguns autores denominaram estado de bem-estar social no Brasil⁷⁷, com a fundação de um Estado Democrático de Direito. De acordo com Oliveira (2015, p. 56), “a qualificação na Constituição como democrático é firmado logo no primeiro artigo, tentando marcar uma mudança na cultura política do país que em constituições anteriores não conseguiram incorporar tal tipo de Estado”. Mais de três décadas se passaram, porém, desde a promulgação da Constituição e, longe de representarem movimentos simples e lineares de mudanças na realidade do país, numa perspectiva como a apontada acima, estes anos trouxeram consigo complexos movimentos de avanços e retrocessos, de acordo com a conjuntura e as forças em presença.

No sentido de ampliar o aprofundamento da análise sobre a temática da mercantilização no campo da saúde e considerando sua centralidade serão destacados neste momento conceitos e categorias marxianas que auxiliarão na compreensão do modo como, nos dias atuais, as relações seguem permeadas pela lógica do mercado. Para tanto, importante destacar a forma como está, no presente, constituído sistema de saúde brasileiro para, a seguir, explorar os desafios associados aos projetos privatizantes e mercadológicos para a sua realização.

Fato é que o modelo de saúde afinado com um ideal de sociedade democrático e que se realize, de fato, universalmente, está presente como projeto no Brasil há muito pouco tempo. Isto também significa que ainda necessita de muita luta em seu favor, uma vez que o SUS tem sido consolidado como “espaço destinado aos que não tem acesso aos subsistemas privados” (BRAVO, 2009, p. 107). Não se pode, porém, deixar de ressaltar que os direitos sociais são instituídos no Brasil tardiamente em comparação a países europeus, por exemplo, com a Constituição em 1988, na contramão, assim, da tendência histórica que, na conjuntura daquele momento, levava ao estabelecimento do neoliberalismo, que se consolida em seguida também no

⁷⁷ Importante salientar as diferenças no trato com a “questão social” pelo Estado no período da onda longa expansiva do capital entre o Brasil, um país de capitalismo periférico e países de capitalismo central. Nestes últimos é possível reconhecer a existência de um estado de bem-estar social, enquanto o Brasil, mesmo que se reconheçam avanços nas legislações sociais / trabalhistas no período, não chegou a conformar um Welfare State.

Brasil. Vale destacar que aqueles “subsistemas privados” têm sido fortemente incentivados pelo poder público, por meio do Ministério da Saúde e, mais especificamente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – a ANS –, com estratégias como a possibilidade de implementação, pelas operadoras, de planos de saúde populares, fragilizando ainda mais o Sistema Único de Saúde. Estas estratégias, no caso da alta complexidade, representam maiores desafios na luta contra propostas privatistas.

Ao refletir sobre a temática da construção do SUS, é fundamental demonstrar os avanços que representa e representou no momento de sua proposição e inclusão no marco legal, porém não se deve romantizá-lo, desligando-o da realidade em que assenta suas bases, nem fechar os olhos para as brechas que permitem sua descaracterização total. Quanto a isto, Dantas (2020, p. 163) recorda que, ao mesmo tempo em que se garantia com o SUS o direito universal à saúde e o dever do Estado no financiamento, regulação e coordenação do sistema, também se garantia “a mercantilização de um direito com a presença da saúde privada como coexecutora das ações e serviços de saúde”. Isto, em uma sociedade, como se verá, em que “o direito à propriedade privada, consumado e garantido pelo Estado, é a autorização, o incentivo e a liberdade para, autonomamente, isoladamente, gozar e dispor da própria fortuna[...]” (DANTAS, 2020, p. 167).

Em fins da década de 1990, como parte desta lógica mercantilizadora, a Lei das OSs – lei 9.637/98 – leva à consagração da contrarreforma do Estado brasileiro, impulsionando, como lembram Bravo, Lima e Correia (2020, p. 129), “a mercantilização dos serviços rentáveis do serviço público de interesse coletivo, donde se encontram os serviços e unidades de saúde”, submetendo a saúde pública à lógica do mercado.

Marx (2017), ao explorar o funcionamento do sistema de produção capitalista, inicia a apresentação dos seus estudos na obra *O Capital*, com o conceito de mercadoria de forma geral, para, ao analisar o significado do valor, refletir sobre a particularidade das relações de trocas de mercadorias nesta sociedade. Para tanto, desenvolve as concepções de valor de uso e valor de troca, distinguindo-as enquanto utilidade na forma do objeto e na condição de concorrente ou em proporção a outro objeto.

Um elemento a ser destacado no método de Marx parte da sua “crítica à economia política”, a partir da qual retoma a elaboração os teóricos clássicos da economia trazendo-a à luz de sua interpretação – que é marcada por uma profundidade na análise da realidade – e, com isso, demonstra a prioridade ontológica das determinações econômico-políticas na dinâmica sócio-histórica. Segundo a teoria marxista, a sociedade burguesa é tomada como uma totalidade concreta, e aquela profundidade analítica se dá a partir da reprodução ideal do movimento constitutivo da realidade, expressa sob as formas econômicas, políticas e culturais, e as extravasando. Desta forma o seu método (*o materialismo histórico dialético*) parte do real para se reproduzir no ideal.

Desta forma, Marx e Engels revelam a sociedade burguesa como a mais complexa forma de organização societária, extremamente dinâmica, baseada na propriedade privada dos meios de produção. Deste modo, não reduz o mundo à sua materialidade, e constrói uma nova concepção de história, a partir da produção social da existência. Seu avanço sobre o pensamento dos filósofos com os quais dialogou criticamente constitui-se no seguinte: “Não ocorreu a nenhum destes filósofos procurar a conexão da filosofia alemã com a realidade alemã, a conexão da sua crítica com o seu próprio ambiente material” (MARX; ENGELS, 1984, p. 14). Segundo ele,

A produção das ideias, representações, da consciência está a princípio diretamente entrelaçada com a atividade material e o intercâmbio material dos homens, linguagem da vida real. O representar, o pensar, o intercâmbio espiritual dos homens aparece aqui ainda como efluxo direto do seu comportamento material. O mesmo se aplica à produção espiritual como ela se apresenta na linguagem da política, das leis, da moral da religião, da metafísica etc., de um povo. Os homens são os produtores das suas representações, ideias etc., mas os homens reais, os homens que realizam (*die wirklichen, wirkenden Menschen*), tais como se encontram condicionados por um determinado desenvolvimento das suas forças produtivas e do intercâmbio que a estas corresponde até às suas formações mais avançadas. *A consciência nunca pode ser outra coisa senão o ser consciente, e o ser dos homens é o seu processo real de vida* (MARX; ENGELS, 1984, p. 22 - grifo nosso).

Em sua análise da sociedade, Marx e Engels afirmam: “Aquilo que eles os indivíduos são depende portanto das condições materiais da sua produção. [...] Ela própria pressupõe, por seu turno, um intercâmbio (*Verkehr*) dos indivíduos entre si. A forma deste intercâmbio é, por sua vez, condicionada pela produção” (MARX; ENGELS, 1984, p. 15-16). Percebemos aqui não só um dos aspectos do método de

Marx, mas também o lugar⁷⁸ do processo de produção, sua importância, em seu pensamento.

A filosofia de Marx apresenta uma ontologia do ser social, que seria o trabalho, ou seja, o homem teria como fundamento de sua sociabilidade o trabalho, sua relação com a natureza⁷⁹. E é a partir da análise desta relação e de seus fundamentos que parte Marx para, posteriormente, analisar a divisão sociotécnica do trabalho e suas especificidades no modo capitalista de produção.

O trabalho é entendido por Marx como um processo entre o homem e a natureza, caracterizado por uma idealização prévia do resultado almejado (característica que distingue o homem dos outros animais) e pela presença de três elementos básicos: o trabalho em si, o objeto de trabalho e o meio de trabalho. O processo de trabalho, “atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer a necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a Natureza” (MARX, 1985, p. 146), independe de qualquer forma de vida humana e é, por isto, comum a todas as suas formas sociais.

Além disso, o trabalho é uma atividade essencialmente *social*, o trabalho só é possível como atividade coletiva e, “com a progressiva divisão do trabalho, este se torna cada vez mais social, aprofundando-se a dimensão de *universalidade* do homem como *ente genérico*, isto é, *social e histórico*” (IAMAMOTO, 2008, p. 352; grifos no original). Ao mesmo tempo em que ocorre este aprofundamento da divisão social do trabalho, a emergência da propriedade privada leva a uma repartição desigual do trabalho e de seus produtos.

Sendo assim, o processo de trabalho na sociedade capitalista, ou seja, enquanto consumo da força de trabalho pelo capitalista, é marcado por dois fenômenos peculiares, segundo Marx (1985). O primeiro é que o trabalhador trabalha sob o controle do capitalista a quem pertence seu trabalho. Isto porque o trabalhador

⁷⁸ Apesar de não caber aqui uma análise mais profunda deste “lugar”, é importante assinalar apenas o risco de se tomar a obra de Marx sob um ponto de vista economicista, ou seja, como se a economia, o aspecto econômico, fosse, na obra de Marx, determinante, em última instância, de todos os outros aspectos da sociedade.

⁷⁹ Iamamoto (2008, p. 345 - grifos no original) apresenta a dimensão ontológica da teoria social de Marx da seguinte forma: “esta acentua o papel do *trabalho*, enquanto componente *distintivo* do homem como um ser *prático-social* e, portanto, *histórico, produto e criador* da vida em sociedade”.

se encontra alienado dos meios de produção, e isto remete ao segundo ponto: o produto do trabalho é propriedade do capitalista. Isto ocorre da seguinte forma:

o capitalista, mediante a compra da força de trabalho, incorporou o próprio trabalho, como fermento vivo, aos elementos mortos constitutivos do produto, que lhe pertencem igualmente [...] O processo de trabalho é um processo entre coisas que o capitalista comprou, entre coisas que lhe pertencem (MARX, 1985, p. 147).

Durante o processo de produção das mercadorias, estas adquirem um valor – e constituem-se também *valores de uso*, na medida em que possuem uma utilidade, devem satisfazer necessidades humanas, como vimos acima – que é determinado pelo *quantum* de trabalho materializado em seu valor de uso, pelo de tempo de trabalho socialmente necessário⁸⁰ à sua produção. Este processo de valorização não só “repassa” valor em seu desenvolvimento, mas – e aqui encontramos uma das principais contribuições da teoria crítica de Marx – *cria* valor. Isto porque a força de trabalho contém uma quantidade de trabalho passado – referente aos custos diários de manutenção – que não é necessariamente igual à quantidade de trabalho que ela pode prestar – dispêndio diário – o que é de grande valia para o capitalista. É desta forma que a formação de valor se prolonga até certo ponto, quando é possível ultrapassar o valor da força de trabalho pago pelo capital. Este tempo a mais de dispêndio de força de trabalho é o momento de extração da *mais-valia*.

Ao mesmo tempo em que ocorre este processo de produção de mercadorias, acontece uma reprodução – ampliada – do capital. Isto acontece da seguinte forma: a mais-valia produzida compreende a conservação de um valor adiantado na produção e seu crescimento quantitativo como um fim e resultado do processo capitalista de produção. Em seu fluxo constante de renovação, conforme demonstra Iamamoto (2008, p. 64), “todo o processo social de produção é, ao mesmo tempo, um processo de reprodução, pois nenhuma sociedade pode produzir continuamente – isto é, reproduzir –, sem transformar parte de seus produtos em elementos da nova produção”.

É assim que acontece, de acordo com Marx, a reprodução ampliada do capital:

⁸⁰ O tempo de trabalho socialmente necessário para a produção de uma mercadoria refere-se à produção a partir de condições normais da força de trabalho, sem consumo desnecessário da matéria-prima e meios de trabalho, ou seja, sem desperdícios de tempo de trabalho ou de meios de trabalho.

o processo direto de *produção do capital* é seu processo de trabalho e de valorização, que tem por resultado uma mercadoria e cujo móvel é a produção da mais-valia. Já o *processo de reprodução* abrange tanto esse *processo direto de produção, quanto a fase de circulação (compra e venda)*. [...] Esse *processo global de produção e de circulação do capital social total* abrange [...] a reprodução das classes capitalista e trabalhadora e a reprodução do caráter capitalista da produção global (MARX, 1985, p. 64-65 – grifos no original).

Para reproduzirem-se enquanto tais, as classes dominantes dependem, portanto, dos trabalhadores, devido ao fato de, ao ser consumida a força de trabalho, como vimos, esta exerce o papel específico de repor e fazer crescer o capital adiantado. Assim, o capitalista se utiliza deste meio – como dos outros meios de produção – simplesmente para seus fins de acumulação.

Os trabalhadores assalariados, por sua vez, com a venda de sua mercadoria – a força de trabalho – obtêm o “equivalente em dinheiro à sua subsistência e educação, *além da reprodução da família, fonte de oferta permanente de força de trabalho necessária à continuidade do movimento de reprodução capitalista*” (IAMAMOTO, 2008, p. 379 - grifo nosso). É assim que estas duas classes se reproduzem enquanto tais, sendo a produção capitalista reprodução ampliada de relações sociais contraditórias, através das quais se realiza, como lembra a autora.

Aqui já se torna mais claro o que Marx demonstra, no que diz respeito à amplitude e expansão do capitalismo, sem fronteiras: “a circulação de dinheiro como capital, ao contrário, tem sua finalidade em si mesma, pois a expansão do valor só existe nesse movimento continuamente renovado. Por isso, o movimento do capital não tem limites” (MARX, 2017, p. 183).

Importa neste momento trazer o debate sobre a saúde, sobretudo no que diz respeito à alta complexidade, onde se dispendem maiores cifras – e onde a indústria farmacêutica obtém grandes lucros⁸¹. Faz-se, assim, necessário mencionar alguns aspectos do debate quanto ao interesse na privatização dos serviços, uma vez que a transferência destes custos para o Estado é interessante para os grandes capitais.

⁸¹ Cid Vianna, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), denunciava em entrevista concedida à Revista Rede Câncer, já em 2009: “Muitas vezes, nessa busca por lucro, colocam medicamentos que não são de grande benefício para os pacientes, associados a estratégias fortes de marketing entre médicos e com pagamento de pesquisadores para escrever artigos científicos”. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/rede-cancer-ed09-politica.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2021.

De acordo com pesquisa realizada por Silva et. al. (2017, s.p.), com base em dados disponibilizados pelo DATASUS, na produção ambulatorial do período entre 2010 e 2015, constatou-se que a partir do ano de 2012, a compra de serviços da área ao setor privado tem sido predominante. Já no que diz respeito à compra de serviços na produção hospitalar, onde está situada a alta complexidade em saúde, para o mesmo período, foi possível observar que “nos procedimentos hospitalares do SUS, os recursos que são destinados as esferas públicas correspondem em média a 45,58% e em contraponto temos 54,42% investido na compra de serviços a rede privada/filantrópica” (SILVA et al., 2017, s.p.). As autoras destacam que este processo leva à precarização dos serviços públicos de saúde, uma vez que estes recursos deixam de ser aplicados na ampliação da rede.

Também Mandel (1985) já denunciava a questão da incorporação pelo Estado de um número cada vez maior de setores produtivos e reprodutivos às “condições gerais de produção” como característica do capitalismo tardio, já mencionado acima. O autor destaca que, “sem essa socialização dos custos, esses setores não seriam nem mesmo remotamente capazes de satisfazer as necessidades do processo capitalista de trabalho” (MANDEL, 1985, p. 339).

Boron (1994, p. 204) recorda que problemas como o déficit habitacional, a carência de recursos para políticas públicas como a saúde, baixos salários de funcionários públicos, citando o exemplo da Argentina, não podem ser resolvidos pelo mercado, uma vez que este não tem a função de fazer justiça, mas sim de produzir lucros. Ilustrando este fato, menciona a falta de interesse por parte da iniciativa privada de criar sistemas de saúde para atender as classes subalternas. Neste ponto, é necessário discordar, ao menos em parte.

Recentemente, em abril de 2018, em um Fórum realizado pela Federação Brasileira de planos de saúde, foi apresentado um projeto de um “novo sistema de saúde”, que pretende alterar o atendimento do SUS, que passaria a ser público e gratuito apenas para cerca de metade da população, enquanto o restante dos usuários teria que contratar planos de saúde ou arcar com os custos de consultas ou exames particulares.

Tem-se verificado, nos últimos tempos, iniciativas governamentais de incentivo à criação de planos populares de saúde, o que “permitiria” às camadas das classes subalternas mais privadas do acesso ao setor privado da saúde, recorrer ao mesmo

ao invés de buscar atendimento no SUS. Claro, isto combinado com o processo de precarização e sucateamento do nosso sistema público de saúde pelos governos em diferentes instâncias, leva boa parte da população a aderir a estes planos, baseados na lógica do lucro. Além disso, como recorda Iamamoto (2017, p. 79), referindo-se à reflexão de Mota (1995), o que vigora neste momento são os direitos dos indivíduos na condição de consumidor, como nicho em disputa, em substituição aos direitos sociais⁸². É cada vez mais comum encontrar situações que o exemplificam. No caso do INCA, é possível encontrar usuários que chegam diretamente à triagem, onde era realizada a avaliação inicial para abertura de matrícula antes da implantação do SER, com encaminhamento de clínicas “populares”, que ofertam consultas a preços abaixo da média encontrada no âmbito do setor privado. Diferente das unidades de saúde públicas, onde há, via de regra, rotinas estabelecidas e maior orientação quanto aos procedimentos necessários para acesso à alta complexidade, os(as) profissionais médicos(as) destas clínicas encaminham o(a) usuário(a) muitas vezes sem responsabilidade com a sua trajetória futura, entregando receituários com informações incompletas, que apenas indicam a necessidade de tratamento na instituição, demonstrando total desconhecimento e descaso quanto aos procedimentos para encaminhamento ao INCA.

No entanto, a estratégia de fortalecimento dos planos de saúde é apenas mais uma das formas de garantir a realização dos lucros na área da saúde. Outra forma que tem sido muito utilizada como estratégia para a transferência destes recursos para o setor privado é a transferência da gestão de unidades hospitalares e unidades básicas de saúde para organizações sociais, fundações públicas de direito privado e empresas públicas, como a EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Os objetivos centrais destas estratégias, de acordo com Cislighi (2015, p. 170) são a “precarização dos contratos de trabalho, redução dos espaços de controle social e burla a mecanismos do direito público como as licitações”, o que facilita mecanismos de corrupção e desvio de recursos.

⁸² Dardot e Laval (2016, P. 381) destacam que “a figura do ‘cidadão’ investido de uma responsabilidade coletiva desaparece pouco a pouco e dá lugar ao homem empreendedor”. Também Soares (2009, p. 73) menciona, quanto aos direitos sociais, que perdem, com a ascensão do neoliberalismo, a condição de direitos e passam a ser considerados recursos ou mercadorias, o que também tem como consequência o fato de que o não acesso a eles passa a ser uma questão de âmbito privado, e não mais um problema do Estado.

Marx já mencionava mecanismos legais para a realização dos lucros e acumulação de capitais, desde o século XVIII, ao afirmar que

O progresso do século XVIII consiste em ter tornado a própria lei o veículo do roubo das terras pertencentes ao povo, embora os grandes arrendatários empregassem simultânea e independentemente seus pequenos métodos particulares. O roubo assume a forma parlamentar que lhe dão as leis relativas ao cercamento das terras comuns, ou melhor, os decretos com que os senhores das terras se presenteiam com os bens que pertencem ao povo, tornando-os sua propriedade particular, decretos de expropriação do povo (MARX, 2017, p. 846).

Engels (2009, p. 212-213) também reflete sobre o potencial, digamos assim, da república democrática, “a mais elevada de todas as formas de Estado”, uma vez que nela a riqueza exerceria seu poder de modo indireto, porém mais seguro, tanto através da corrupção direta dos funcionários do Estado, quanto sob a forma de aliança entre o governo e a bolsa de valores.

Neste aspecto, em fala recente no Fórum Social Mundial, em 25 de janeiro de 2021, Noam Chomsky denuncia as falhas profundas da democracia política capitalista, subordinada, cada vez mais, à riqueza privada e ao poder corporativo. Neste sentido, expõe a indústria, por assim dizer, de leis e políticas pautadas nos interesses de seus financiadores, desde a campanha, como ocorre também no Brasil. Assim, as legislaturas são marcadas pelo cumprimento destas agendas, pautadas por lobistas que enchem os gabinetes dos representantes políticos – representantes dos interesses dos grandes capitais.⁸³ Navarro (2004, p. 136) também apresenta alguns exemplos, como os casos da relação entre o Estado espanhol e a empresa Telefónica e da General Motors e o governo dos EUA, transnacionais que, como outras, utilizam-se de estratégias como a compra de políticos para influenciar o Estado. Estes

⁸³ Isto é bem ilustrado, para trazer o foco à realidade brasileira recente, pelo fomento do governo federal à indústria armamentista, com grandes investimentos em propaganda em favor da legalização e facilitação da posse de armas. Souza (2020, s.p.) recorda que o esforço recente em substituir o auditor fiscal no comando das ações alfandegárias no porto de Itaguaí, conhecido entreposto para contrabando de armas, pode ter estreita ligação a um afrouxamento na fiscalização, que garantiria uma maior circulação destes produtos no mercado brasileiro. É possível, porém, voltar a quase 80 anos atrás, quando Ianni (1965, p. 103-104) demonstrava, ao tratar as relações Estado x empresariado, que a maior parte dos negócios e atividades dos grandes empresários dependia do Banco do Brasil ou de órgãos de crédito governamentais, além de já se encontrarem em débito permanente com institutos de previdência social, utilizados na formação de capital de giro pelos seus juros baixíssimos, e, por fim, contarem estas empresas com fortes estímulos dos governos federal, estadual e municipal para assumirem as diversas empreitadas nos setores de transporte, petróleo etc., típicas do período desenvolvimentista.

exemplos desmistificam a ideia de que o Estado estaria perdendo importância nos tempos atuais, chegando o autor à seguinte conclusão:

La dicotomía no es pues mercados versus Estados intervencionistas (falso debate que aparece en la retórica neoliberal y que a veces se reproduce en sectores de las izquierdas) sino qué tipo de intervención estatal y para el beneficio de qué clase y grupos sociales y económicos [...] (NAVARRO, 2004, p. 136).

Importante destacar que a própria Constituição, no que se refere ao Brasil, em seu art. 199, § 1º, define, quanto à participação complementar da iniciativa privada no SUS, o seguinte: “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.

De acordo com Cruz (2018, s.p.),

a primeira questão e a mais evidente é que este artigo possibilitou que a iniciativa privada fosse ganhando cada vez mais espaço dentro do Sistema Único de Saúde. A segunda questão, a qual é apenas uma forma de viabilizar a primeira, é que já na constituição se estabelece que a forma de participação da iniciativa privada no sistema de saúde deveria ocorrer através de contrato, ou seja, por meio da terceirização.

Osório destaca a atuação basilar do Estado no fomento a grandes projetos de infraestrutura e serviços, além de indústrias básicas desde o início da industrialização até os fins dos anos 1970, na América Latina. O autor sinalizará, porém, que a partir dos anos 1980 o investimento privado e, com este, o investimento estrangeiro nestes países cresce, “no ritmo de novas políticas econômicas e do avanço de um novo padrão de reprodução do capital” (OSÓRIO, 2012, p. 48).

Para ilustrar a realização deste movimento, pode-se citar a abertura ao capital estrangeiro na saúde no Brasil, a partir da lei 13.097/15, que prevê alterações na Lei 8.080/90, passando a permitir “a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde” em variados casos, tanto nas áreas de assistência direta ao usuário dos serviços, como em hospitais e clínicas especializadas, quanto nas áreas de pesquisa e produção farmacêutica, como laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e diagnósticos por imagem.

Quando se reflete sobre o papel do Estado na condução de políticas públicas, temos ainda outro fator que deve ser levado em consideração, tomando como exemplo a generalização da lei fabril apresentada por Marx:

Duas circunstâncias têm sido decisivas para a generalização da lei fabril: primeiro, a experiência sempre repetida de que o capital, quando fica sujeito ao controle do Estado em alguns pontos da esfera social, procura compensar-se nos demais, da maneira mais desmesurada; segundo, o clamor dos próprios capitalistas pela igualdade das condições de concorrência, isto é, o estabelecimento de barreiras iguais para todos os que exploram o trabalho (MARX, 2017, p. 555).

Ademais, não se pode deixar de mencionar aqui, como exemplo do modo como atualmente são encaradas políticas como a de saúde, a Emenda Constitucional 95, conhecida como “Teto dos Gastos”, que limita por 20 anos os gastos públicos, estabelecendo um novo regime fiscal. Esta emenda significa o congelamento de despesas com, entre outras, a política de saúde no Brasil, demonstrando a prevalência da lógica fiscal na condução da política, em detrimento dos direitos sociais. Silva et. al. (2017, s.p.) apontam que os prejuízos desta redução de gastos com políticas sociais para a população são agravados pelo contexto de recessão econômica vivenciado no Brasil. No caso do SUS, já se verifica um subfinanciamento histórico, que será fortemente aprofundado a partir da política imposta.

Este é apenas mais um dos exemplos de como o Estado tem direcionado as políticas econômicas, a partir de parâmetros estabelecidos por agências “multilaterais” como o Fundo Monetário Internacional e a Organização Mundial do Comércio, priorizando interesses mercadológicos externos em detrimento daquela função de proteção social.

Ora, já foi sinalizado no presente estudo a vinculação entre a formação brasileira e a sua situação de país periférico, com alguns dos elementos que moldaram este processo, assim como suas consequências na atualidade. Foi visto, ainda, como as agências “multilaterais” buscam definir os rumos das políticas nestes países, tomando como referência algumas das reflexões de Siqueira (2012a, 2012b). Neste sentido, tomando um artigo mais recente, já abordando a questão da pandemia de COVID-19, Pochmann (2020, p. 136-137) destaca que

[...] Simultaneamente ao enfraquecimento do papel dos Estados nacionais, bem como da Organização das Nações Unidas (ONU) que protagonizava o

sistema interestatal, emergiu uma espécie do senado global a ocupar a coordenação capitalista através do Fórum Econômico Mundial (FEM). Dessa forma, anualmente pelo menos, o FEM se reúne e atrai representantes governamentais de várias nações para que recebam orientações de como administrar o capitalismo em seus países. Ou seja, a subordinação da política aos interesses econômicos dominantes, o que tem esvaziado a força do voto do eleitor e tornado cada vez mais descrente a experiência da democracia. [...] No cenário da globalização conduzida pelas grandes corporações transnacionais, organismos multilaterais herdados da antiga ONU, como Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial e outros, praticam a vassalagem de difundir constantes recomendações aos países que contribuem para deformar o sistema de regulação nacional (saúde, trabalho, educação, previdência e outros) em proveito dos interesses privados e do capitalismo de dimensão global.

Tomando como parâmetro este eixo de análise, antes de prosseguir, vale lembrar que no ano de 2019 foi editado pelo Banco Mundial o documento “Proposta de reforma do Sistema Único de Saúde brasileiro”, que reafirma o compromisso com o ideário ultraneoliberal, ao propor, entre outras, as seguintes alterações: o aumento da concorrência entre provedores de serviços de saúde, buscando estabelecer “uma melhor coordenação com o setor de saúde suplementar” (BM, 2019, s.p.); reformar os modelos de atenção, financiamento e gestão; ampliação da gestão flexível de recursos humanos, diminuindo “a rigidez imposta por regras estritas de administração pública” (BM, 2019, s.p.). Além disso, o documento defende o fomento às Organizações Sociais, apresentando-as como melhores que as instituições vinculadas à administração pública direta em desempenho, a despeito do que a experiência brasileira já demonstrava à época da publicação.⁸⁴ Ao final, o documento traz, ainda, uma crítica à judicialização, que imporá ao SUS gastos anuais na casa dos milhões, além de exacerbar as desigualdades na acesso à saúde, uma vez que o sistema judicial seria provavelmente mais acessível aos mais ricos e bem informados.

Ainda sobre o documento, ao sugerir, por exemplo, a implementação das RAS – Redes de Atenção à Saúde no SUS, demonstra profundo desconhecimento da forma como é organizado o sistema, que já é estruturado desta forma. Na verdade, o que se pode verificar ao ler o documento, é que boa parte das suas propostas são redundantes, apresentando uma lógica de atenção já prevista na organização do SUS.

⁸⁴ Bravo, Lima e Correia (2020, p. 135) denunciam a falta de transparência na aplicação dos recursos públicos, além da fragilidade apresentada pelos mecanismos de acompanhamento e fiscalização dos contratos de gestão e das entidades de saúde que já respondem por diversas irregularidades pelos Tribunais de Contas no estado do Rio de Janeiro e em outros estados.

Um bom exemplo para o caso aqui em estudo é a Política estadual de Atenção Oncológica, de 2017, que estabelece parâmetros para a organização da rede de modo muito semelhante ao que propõe o documento, abordando as RAS e o fortalecimento da APS – Atenção Primária em Saúde, só para dar um exemplo.

Atualmente vivencia-se ainda os corolários do processo de reestruturação produtiva no que respeita ao mundo do trabalho, com um aprofundamento, como visto, do neoliberalismo enquanto ideário motor da economia a nível mundial. Neste sentido, Antunes (2007, p. 49-50 – grifos no original) recorda que “há uma *processualidade contraditória* que, de um lado, reduz o operariado industrial e fabril; de outro, aumenta o subproletariado, o trabalho *precário* e o assalariamento no setor de serviços. Há muito o que dizer sobre o assunto, tanto no que se refere à inserção no mercado de trabalho dos profissionais de saúde quanto à inserção da população atendida no cotidiano profissional.

Note-se que a constituição da classe trabalhadora na América Latina tem características muito particulares, fruto de um trânsito muito rápido do trabalho rural africano e indígena, como destaca o autor, para “*novas formas de trabalho assalariado industrial*” (ANTUNES, 2005, p. 19 – grifos no original). Recentemente, com os crescentes índices de desemprego, verifica-se o aprofundamento da subproletarização, a “uberização”, a “pejotização”, termos utilizados para qualificar as novas formas de trabalho no mundo atual.

A denominada “uberização” do trabalho, esta forma de escravidão digital, como já mencionado, que estimula “a individualização do trabalho, as formas de avaliação de desempenho baseado em metas de produtividade e remuneração diferenciada, promovendo competição entre trabalhadores e desmobilização coletiva” (RAICHELIS E ARREGUI, 2021, p. 145) é amplamente disseminada para todos os setores e nichos de mercado⁸⁵ de trabalho, como recordam as autoras (2021, p. 144), incorporando intensamente tecnologias da informação e comunicação. Deste modo, também a saúde tem sido integrada a este modelo de relação de trabalho, pautado no que Fontes (2017, p. 52) caracteriza como um processo de “subordinação direta – sem a mediação de emprego ou contrato – dos trabalhadores às mais variadas formas de capital”.

⁸⁵ Fontes (2017, p. 55) sinaliza que o termo “nicho de mercado” é enganoso, significando de fato “descobrir uma forma de extrair mais-valor, através da utilização do trabalho humano”.

Um exemplo da “uberização” na saúde é a empresa Docway, fundada em 2015, sediada em São Paulo, baseada no modelo B2B2C (Business-To-Business-To-Consumer) que tem como uma de suas características a “facilidade” de não ser necessário estruturar sua própria força de vendas⁸⁶. No caso, os(as) profissionais interessados em atuar na empresa devem se cadastrar através de uma outra plataforma digital onde são apresentadas as mais variadas oportunidades de emprego, termo utilizado na própria plataforma, o LinkedIn, apesar de não garantir vínculos contratuais aos usuários. Na descrição da empresa em seu perfil no LinkedIn, não há nenhum constrangimento em declarar: “Estamos constantemente buscando as melhores formas para atender as necessidades de nossos stakeholders [...]”⁸⁷, ou seja, seus acionistas, voltando o foco da sua missão institucional não ao usuário, mas àquelas empresas, bancos, fundos de investimentos etc., que asseguram “a conexão entre a massa de capitais buscando valorização e a massa de trabalhadores disponível” (FONTES, 2017, p. 55), característica de *startups*.

A empresa, de financiamento privado, pautada na telemedicina, oferece serviços para seguradoras e operadoras e declara na plataforma LinkedIn possuir 86 empregados, vinculados eminentemente à área de gestão e TI. Quanto à equipe de saúde, a empresa conta com vários *parceiros*, como denomina em suas redes sociais, que são profissionais que podem atuar nas empresas vinculadas à Docway, ou seja, não diretamente empregados por ela. Ao verificar avaliações e comentários de usuários sobre o serviço em redes sociais, porém, foi possível identificar que, por meio de pagamento por cartão de crédito, é possível acessar consultas diretamente através do aplicativo da empresa.

Além deste exemplo bem elucidativo, existem atualmente inúmeros aplicativos voltados para a saúde. O SUS, por exemplo, criou recentemente uma ferramenta digital, o “Conecte SUS”, atual “Meu digiSUS”, que reúne informações sobre o(a) usuário(a), além de outros serviços e apresentação de outros aplicativos.⁸⁸ Também

⁸⁶ Disponível em: <<http://kaleydos.com.br/b2b2c-o-que-e/>>. Acesso em: 06 mar. 2021.

⁸⁷ Disponível em: <<https://www.linkedin.com/company/docway-co/>>. Acesso em: 06 mar. 2021.

⁸⁸ Um dos aplicativos lançados pelo Ministério da Saúde e cancelado em menos de uma semana, o TrateCov, ganhou a atenção da mídia ao recomendar o “tratamento precoce” com medicamentos de eficácia não comprovada no tratamento da COVID-19, como a cloroquina, a usuários(as) que apresentassem sintomas da doença, reproduzindo o discurso presidencial sobre o tema.

o INCA conta com aplicativos próprios, como o Armazém da Saúde, com dicas de nutrição, prevenção do câncer entre outras, e o Meu INCAApp, voltado aos/às usuários(as) do Instituto.

Jurca (2021, s.p.), em artigo sobre a uberização na saúde, denuncia os riscos da busca pelas empresas em geral, por “corrigir sintomas, através de tecnologias separadas de um entendimento do contexto social e político, aproveitando os vácuos normativos do SUS”. Segundo o mesmo, estes serviços reforçam a radicalização do fracionamento dos indivíduos, e as parcerias do tipo apresentado acima “surgem para o gerenciamento do sistema de saúde [...] porém sem priorizar os mecanismos de participação e controle social” (JURCA, 2021, s.p.). Na verdade, é possível afirmar que estes mecanismos são absolutamente ignorados.

Esta forma de geração e reprodução deste mercado se dá através da expropriação, e envolve, assim, acordos com outras plataformas de serviços, como visto, além de operadoras de cartão de crédito, em uma “coligação íntima (pornográfica) entre as formas mais concentradas da propriedade, que viabilizam o controle econômico do processo na parte que lhes interessa, o controle da extração, a captura do mais-valor e sua circulação de volta à propriedade” (FONTES, 2017, p. 56). Do outro lado da balança, pendem os(as) trabalhadores(as), assombrados(as) pelo desemprego, a ausência de direitos e desconstratualização, submetidos(as) a jornadas de trabalho ilimitadas e extremo isolamento no cotidiano laborativo.

Tomando a categoria expropriação, Fontes (2010) destaca um outro aspecto deste processo na saúde, referente ao impacto das novas formas de extração de mais-valor, extremamente nocivas à própria humanidade e suas mediações com a natureza. Estes processos seriam ainda mais profundos que a simples mercantilização do corpo, uma vez que a própria vida biológica humana é expropriada, como Garcia (apud FONTES, 2010, p. 61-62) aponta, ao apresentar diversos casos de patentes registradas sobre a biologia humana, como genes humanos, células estaminais humanas e embriões de mamíferos desenvolvidos em laboratórios.

A autora, portanto, denuncia algo ainda mais profundo e perverso que a já cruel lógica mercantilizadora imposta à política de saúde pelo capital, que marca, por exemplo, o ciclo já conhecido de apresentação de medicamentos para doenças

geradas pelas próprias empresas detentoras dos seus direitos comerciais⁸⁹, caracterizado por:

elementos muito mais dramáticos do que simplesmente o lucro e a desigualdade: o controle privado das condições da existência biológica, expropriadas da população, pode reverter na própria produção de novas e trágicas enfermidades ou necessidades de “saúde”, derivadas do imperativo do lucro ao qual estão submetidos tais controladores de patentes (FONTES, 2010, p. 62).

Retomando a reflexão sobre as condições de trabalho na atualidade, de modo geral, com enfoque nos usuários do HC I/INCA, será dado destaque ao processo denominado por Antunes (2018) de “pejotização”, ainda que os processos acima mencionados também se apliquem.

No cotidiano profissional, é oportunizado ao(à) assistente social conhecer um pouco da realidade dos(as) usuários(as) que acessam os serviços. No caso aqui em pauta, tem sido flagrantes os casos de pessoas que se inscreveram no SEBRAE como Microempreendedores Individuais – MEI –, a fim de tornar mais acessíveis as contribuições à Previdência Social, uma vez que incidem sobre apenas 5% do salário mínimo, enquanto no caso de contribuintes facultativos (desempregados ou estudantes) ou autônomos no plano simplificado paga-se um valor referente a 11% do salário mínimo.

O que ocorre é que, em muitos casos, diferente daqueles que contribuem com o pagamento do carnê de autonomia do INSS, caso o MEI deixe de contribuir, ele entra em dívida ativa com a União, o que gera transtornos no momento em que necessitar de um benefício previdenciário. Mais grave e não menos comum, encontrando-se sem renda e dentro dos critérios do Benefício de Prestação Continuada previsto pela Lei Orgânica da Assistência Social⁹⁰, o(a) usuário(a) não consegue agendar perícia junto ao INSS antes de quitar os débitos junto à União e à

⁸⁹ Um ótimo exemplo é a empresa Bayer, cuja produção vai desde produtos para o controle de pragas – agrotóxicos – até medicamentos, inclusive na área oncológica, assegurando um mercado garantido. Disponível em: <<https://www.bayer.com.br/pt/produtos>>. Acesso em: 08 mar. 2021.

⁹⁰ Também conhecido como BPC, LOAS ou Benefício Assistencial ao Idoso e à Pessoa com Deficiência - PcD. A pessoa com câncer criança, jovem ou adulta realiza a abertura do requerimento como PcD para fins de acesso ao benefício.

Receita Federal, algo geralmente inviabilizado pela sua situação financeira no momento.

Há então, uma ilusão no momento em que o trabalhador se cadastra no MEI, pois tendo agora um *status* de pessoa jurídica – PJ –, teria acesso a melhores condições para empréstimos junto a instituições financeiras, contribuição previdenciária por um valor mais acessível, e algumas outras “vantagens”, porém lhe é cobrado estar em dia com a Receita Federal, mantendo atualizados os pagamentos, ou seja, é tratado como PJ. Assim, produz-se sujeitos sociais imbuídos da concepção empreendedora como uma alternativa – individual – e solução viável para o desemprego.

Uma outra prática comum tem sido a demissão de empregados e seu retorno ao mesmo local de trabalho como MEI, utilizando apenas o espaço, sem nenhum tipo de vínculo com a empresa. Um bom exemplo é o aluguel de cadeiras em salões de beleza que pode ser pago semanalmente, por exemplo, como se pode verificar em uma simples busca na Internet. Assim, a empresa desobriga-se perante o trabalhador e, ao mesmo tempo, este se ilude com a ideia de ser um empreendedor e, assim, seu próprio chefe.

Esta lógica está eivada do que Dardot e Laval (2016, p. 151) analisam como proposta de tornar cada indivíduo o mais “enterprising” possível, e mais, esta valorização do empreendedorismo, junto à ideia de que essa faculdade do sujeito só poderia se formar no meio mercantil acabam por redefinir o sujeito referencial da contemporânea racionalidade neoliberal.

Verifica-se, como não poderia ser diferente, que tanto no que se refere ao mundo do trabalho, como no campo jurídico, enquanto partes do aparato institucional da sociedade capitalista, são encontradas estratégias ideológicas que contribuam para a manutenção da ordem social vigente. Do mesmo modo, foi possível perceber até aqui como o país está inserido e reflete na condução de suas políticas as características do capitalismo mundializado e sua lógica neoliberal.

É interessante notar o que os autores supracitados destacam a este respeito: “o ideal do Estado de direito confunde-se com o ideal de uma sociedade de direito privado” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 176 – grifos no original), em que a noção de igualdade confunde-se com o individualismo que caracteriza a sociedade capitalista neoliberal. Outra consequência desta lógica ultraneoliberal, que acaba por se

distanciar do liberalismo clássico, de acordo com os mesmos, é o fato de o Estado ter que

aplicar a si mesmo as regras do direito privado, o que significa que não só ele tem de se considerar igual a qualquer pessoa privada, como também deve se impor, em sua própria atividade legislativa, a promulgação das leis fiéis à lógica desse mesmo direito privado (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 182).

Em se tratando de políticas sociais, vale tratar a discussão sobre o neoliberalismo e o individualismo. Sabe-se que o Estado investe em políticas de prevenção ao câncer que focam apenas na responsabilidade do indivíduo sobre sua saúde, como “se alimentar corretamente”, “ não ingerir bebidas alcoólicas”, “não fumar”, em detrimento, ou melhor, fechando os olhos para causas relacionadas ao ambiente de trabalho, ao uso indiscriminado de agrotóxicos entre outros. Esta opção acaba por reforçar a lógica do apelo à “capacidade de cálculo dos sujeitos para fazer escolhas e alcançar resultados estabelecidos como condições de acesso a certo bem-estar”, de acordo com Dardot e Laval, e “esse trabalho político e ético de responsabilização” estaria associado a “numerosas formas de ‘privatização’ da conduta, já que a vida se apresenta somente como resultado de escolhas individuais” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 230).

As campanhas que usualmente são veiculadas por órgãos oficiais enfocam o estilo de vida como principal forma de prevenção do câncer, em uma perspectiva de responsabilização dos sujeitos pela doença (alimentação saudável, realização de atividades físicas, não fazer uso de bebidas alcoólicas e cigarros etc.). Fatores externos representam entre 80% e 90% dos casos de câncer, como substâncias químicas, irradiação ou vírus, contra apenas 10% a 20% referentes a causas internas, como questões genéticas, hormonais e condições imunológicas (INCA, 2019). Isto significa, de fato, que os fatores acima apresentados influenciam diretamente na oncogênese, processo de formação inicial da doença, porém são, na maior parte dos casos, omitidas informações que refiram-se a fatores ambientais dos locais de trabalho (substâncias utilizadas nas indústrias químicas ou aspiradas em postos de gasolina, por exemplo), à utilização de agrotóxicos, que implica diretamente na saúde do trabalhador rural, mas que, juntamente com os embutidos, o *fast food / junk food*,

trazem riscos para a saúde humana⁹¹. Estes riscos, portanto, vinculam-se muito mais aos processos e interesses econômicos do sistema capitalista do que às opções individuais que, para a maior parte da população brasileira, são bem reduzidas em decorrência da baixa renda média da população brasileira.

Esta lógica implica, por conseguinte, uma responsabilização do indivíduo por seu câncer em alguns casos, dirigindo o foco apenas ao seu modo de vida e invisibilizando as causas ligadas ao sistema econômico vigente. A perspectiva do presente estudo propõe, ao contrário, uma visão que considere “a opressão decorrente da exploração, a marginalização, a carência de poder, o imperialismo cultural e a violência sobre populações empobrecidas, grupos sociais vulneráveis e em situação de risco socioambiental” (BRITO, 2009, p. 122).

Interessante apontar que os órgãos oficiais e instituições que atendem pessoas com câncer situam suas causas eminentemente no estilo de vida pessoal, responsabilizando os sujeitos pelo adoecimento, desconsiderando, na avaliação da oncogênese, que grande parte destas causas estão ligadas ao modo de produção vigente. Isto significa que fatores ambientais dos locais de trabalho, como utilização de agrotóxicos e gases aspirados em postos de gasolina, por exemplo, são menosprezados em campanhas publicitárias de prevenção ao câncer. No que se refere a estes fatores externos, que representam entre 80 e 90% dos casos, como visto, apenas o combate ao tabagismo, principal fator de risco isolado para o câncer, tem sido tomado como objeto de séria política de prevenção, ainda que encontre na indústria do tabaco grande resistência neste sentido⁹². Se for considerada, porém, a

⁹¹ Em reportagem publicada no portal Por trás do alimento, datada de 15 de abril de 2019 (Disponível em: < <https://portrasdoalimento.info/2019/04/15/coquetel-com-27-agrotoxicos-foi-achado-na-agua-de-1-em-cada-4-municipios/> > Acesso em: 18 abr. 2019), um em cada quatro municípios brasileiros apresentam um “coquetel” de agrotóxicos na água. Entre os agrotóxicos encontrados em mais de 80% dos testes, há cinco classificados como “prováveis cancerígenos” pela Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos. Do total de 27 pesticidas na água dos brasileiros, 21 estão proibidos na União Europeia devido aos riscos que oferecem à saúde e ao meio ambiente. Vale lembrar ainda que, apenas nos primeiros 100 dias do atual governo, foram aprovados para utilização 152 agrotóxicos, sendo considerados “pouco tóxicos” apenas 18 destes.

⁹² De acordo com Boeira (2007, p. 33), “ao longo da história da indústria de tabaco, como consequência da controvérsia existente quanto ao consumo de seus produtos, os empresários se tornam mais articulados entre si, na defesa de todo o setor fumageiro, obtendo crescente apoio estratégico inclusive dos órgãos criados para defender os interesses dos plantadores de fumo. Para isso, e para influenciar politicamente outros setores da sociedade (stakeholders), como a mídia, as associações comerciais e industriais, o Parlamento e os órgãos técnicos dos poderes executivos, os empresários criam suas próprias ONGs (associações, sindicatos). Nesse sentido, a Associação Brasileira da Indústria do Fumo (Abifumo) exerce um papel estratégico no Brasil. Também o Sindicato

política atual de fomento à utilização de agrotóxicos em um contexto de apoio ao agronegócio, como tem sido verificado nos últimos tempos, fica ainda mais patente a omissão quanto ao tema por parte do poder público.

Assim, a prioridade incondicional dos interesses econômicos, característica do sistema capitalista de produção, incide também sobre a saúde da população, tanto nesses processos de oncogênese quanto no surgimento de novos vírus, como o que estamos enfrentando, uma vez que as necessidades da ampliação do lucro e da acumulação das riquezas desprezam as necessidades de preservação da natureza e do ser humano.

1.3.1 O acesso ao tratamento oncológico no SUS

Antes de prosseguir ao segundo capítulo, faz-se necessário dedicar algumas linhas à temática do acesso à política social de saúde e ao tratamento oncológico no SUS, a fim de apresentar as suas especificidades e os entraves para a integralidade da atenção à saúde no âmbito do SUS. A este respeito, vale iniciar a partir da reflexão sobre o conceito de acesso, neste momento voltado à temática da saúde⁹³, para a seguir apresentar o modo como se configura, na atualidade, o tratamento oncológico na esfera pública.

A terminologia “acesso” tem um significado amplo, que varia conforme o autor, contexto sócio-histórico e perspectiva ideológica, podendo ser compreendido, se tomado enquanto acessibilidade, a partir da perspectiva de Donabedian (1973), como “um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população”, referindo-se, portanto, “às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários.” (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 191).

Outros autores, como Penchansky & Thomas (apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 192), defendem que o acesso é caracterizado como:

da Indústria do Fumo (Sindifumo) atua com o intuito de fortalecer as estratégias de marketing, tecnocientíficas, político-ideológicas [...]”.

⁹³ No item 2.2 do segundo capítulo será abordada a temática do acesso à Justiça.

a disponibilidade de serviços em relação às necessidades; acessibilidade – tomada aqui como uma dimensão do acesso –, caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes; acolhimento, que representa a relação entre a forma como os serviços organizam-se para receber os clientes e a capacidade dos clientes para se adaptar a essa organização; capacidade de compra, definida pela relação entre formas de financiamento dos serviços e a possibilidade das pessoas de pagarem por esses serviços; e aceitabilidade, que representa as atitudes das pessoas e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um.

Sanchez e Ciconelli (2012, p. 261) consideram, a partir da definição de McIntire e Mooney (2007), que as principais características do acesso à saúde podem ser resumidas em quatro dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. As autoras, porém, ao dirigir o foco da análise às iniquidades em saúde, aprofundam as indagações quanto às desigualdades no acesso, trazendo como conclusão o fato de que

A maior parte das análises e pesquisas convergem para uma reflexão comum: o problema do acesso à saúde e, por consequência, da equidade em saúde, precisa ser confrontado através de ações intersetoriais e transversais a todas as áreas de governo, abrangendo políticas sociais e econômicas, permitindo melhor distribuição de renda, fortalecimento da cidadania, melhores condições de educação e habitação, e não somente através de ações circunscritas ao nível de atuação dos sistemas de saúde. (SANCHEZ E CICONELLI, 2012, p. 261)

Neste mesmo sentido, Monnerat e Souza (2011) apontam a *intersetorialidade* como um dos principais pilares da atuação sobre problemas estruturais da sociedade incidentes no processo saúde-doença, além de colaborar de forma determinante na superação do paradigma biológico. De acordo com as autoras, “o paradigma da promoção da saúde e a reatualização da discussão sobre os determinantes sociais nessa área” teria reflexos “em programas prioritários fortemente dependentes da ação intersetorial” (MONNERAT; SOUZA, 2011, p. 47).

Vidal (2017, p. 36), por fim, apresenta uma definição simples, como “a chegada do usuário ao um sistema de saúde [a partir do qual] o usuário deverá ser capaz de suprir a necessidade buscada e garantir seu livre trânsito nos demais níveis de complexidade da atenção”. Esta definição pode ser considerada ponto de partida para uma concepção mais ampliada⁹⁴, como se busca defender aqui. O termo acesso é

⁹⁴ Partindo dos preceitos da Reforma Sanitária que defende “uma ‘nova consciência sanitária’, um projeto de reforma social na saúde a partir da observação da relação entre economia e saúde, entre as

compreendido, assim, no presente estudo, como a ação de entrada do(a) usuário(a) no sistema de saúde no sentido da garantia das possibilidades de utilização efetiva dos serviços, prestados de forma qualificada, tendo na intersectorialidade uma das principais estratégias para a qualidade da oferta. Considera-se, desta forma, que a mera existência do serviço de saúde não pressupõe a garantia do acesso da população ao SUS, como sugere Donabedian (1973), e variados aspectos devem ser considerados na formulação e condução da política.

O Brasil vivencia, nos últimos tempos, os processos de transição demográfica – envelhecimento da população e maior expectativa de vida – e epidemiológica, em que o perfil de morbidade⁹⁵ e mortalidade⁹⁶ passa por um processo de transição, com uma incidência crescente de agravos por doenças crônicas não transmissíveis, destacando-se entre elas o câncer. Até o momento da elaboração da presente tese⁹⁷, o câncer configura-se como a segunda causa de mortalidade geral no país (com dados brutos de 232.030 óbitos no ano de 2019), atrás apenas das doenças cardiovasculares, destacando-se que a estimativa para o Brasil, para o ano de 2020, apontava a ocorrência de cerca de 625.370 casos novos de câncer (INCA, 2019). Tal incidência e as altas taxas de mortalidade fazem do câncer um problema de saúde pública que acarreta grandes repercussões à vida dos(as) usuários(as) e seus

condições de trabalho, renda e as condições de prevenção das doenças e recuperação da saúde nas diferentes classes sociais”, tendo como elementos constituintes: “(...) a) *democratização da saúde*, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) *democratização do Estado e seus aparelhos*, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) *democratização da sociedade* alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma ‘totalidade de mudanças’, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, mediante uma reforma intelectual e moral (MASSON, 2007, p.55 apud PAIM, 2008, p. 173, grifos nossos).

⁹⁵ “Refere-se ao conjunto dos indivíduos que adquirem doenças (ou determinadas doenças) num dado intervalo de tempo em uma determinada população. A morbidade mostra o comportamento das doenças e dos agravos à saúde na população” (PEREIRA, 2007, s.p.).

⁹⁶ “Refere-se ao conjunto dos indivíduos que morreram num dado intervalo do tempo. Representa o risco ou probabilidade que qualquer pessoa na população apresenta de poder vir a morrer ou de morrer em decorrência de uma determinada doença” (PEREIRA, 2007, s.p.).

⁹⁷ Os óbitos por COVID-19 no Brasil somavam 194.949 até o final de 2020, valor que, até o mês de agosto de 2021, já se aproximava do triplo, ainda com tendência de crescimento.

familiares, como é comprovado cotidianamente pelos(as) profissionais de saúde e, especialmente, pelos(as) assistentes sociais que atuam na área oncológica.

O câncer é caracterizado por sua complexidade, abrangendo mais de cem diferentes tipos de “doenças malignas que têm em comum o crescimento desordenado de células, que podem invadir tecidos adjacentes ou órgãos a distância e dificultam o acesso aos meios necessários para sua detecção precoce” (INCA, 2021, s.p.). Os tipos de tratamento variam, de modo geral, entre cirurgia, radioterapia⁹⁸, quimioterapia⁹⁹, transplante de medula óssea e imunoterapia, conjugados ou não, e requerem do(a) usuário(a) um alto grau de adesão. Deste modo, a continuidade do tratamento é dificultada pela alta frequência ao hospital e, em alguns casos, internações prolongadas. São indiscutíveis, assim, os impactos do câncer na vida do paciente e de suas famílias, em toda a sua trajetória, desde a confirmação do diagnóstico – muitas vezes demorada – até a chegada ao local onde será realizado este tratamento. Verifica-se, portanto, o difícil e muitas vezes longo caminho destes sujeitos desde os primeiros sintomas, passando pelo processo de confirmação do diagnóstico até a chegada à alta complexidade no SUS. Tal processo, em grande parte das vezes, inviabiliza a realização de tratamentos curativos, devido ao estadiamento (referência TNM¹⁰⁰) avançado da doença. Este quadro também vem se agravando com a pandemia, uma vez que, desde o início do ano passado, reduziu-se drasticamente o número de diagnósticos¹⁰¹ com a limitação de vagas para exames, a fim de evitar aglomerações, apenas para apresentar um exemplo. O próprio INCA, em nota técnica de julho de 2020, alertava para necessidade de adaptação dos exames

⁹⁸ “A radioterapia é um método capaz de destruir células tumorais, empregando feixe de radiações ionizantes. Uma dose pré-calculada de radiação é aplicada, em um determinado tempo, a um volume de tecido que engloba o tumor, buscando erradicar todas as células tumorais” (INCA, 2016).

⁹⁹ “A quimioterapia é o método que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos, no tratamento de doenças causadas por agentes biológicos. Quando aplicada ao câncer, a quimioterapia é chamada de antineoplásica ou quimioterapia antitumoral” (INCA, 2016).

¹⁰⁰ O TNM é o sistema de Classificação dos Tumores Malignos e é utilizado para avaliar a extensão da doença e determina todo o planejamento terapêutico e indica o prognóstico do caso, ou seja, o seu estadiamento (INCA, 2016).

¹⁰¹ As sociedades brasileiras de Patologia e Cirurgia Oncológica calculam que, apenas entre março e maio de 2020, 50 mil diagnósticos deixaram de ser feitos no Brasil. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/medicina/cancer-a-luta-nao-pode-parar-com-a-pandemia/>>. Acesso em: 17 março de 2021. Estudos futuros poderão demonstrar, porém, o impacto da pandemia no aumento da mortalidade por outras causas, como o câncer e doenças cardiovasculares, em decorrência da crise sanitária instalada no período.

de rastreamento e realização de cirurgias eletivas, em decorrência dos riscos sanitários produzidos pela pandemia.

No campo das políticas sociais, como mencionado anteriormente, os retrocessos têm impactado diretamente nas condições de vida e trabalho da população em geral, tendo no contexto pandêmico um sério agravante. Os reflexos deste quadro têm sido sentidos também no cotidiano de trabalho, uma vez que os(as) usuários(as) do INCA se viram impedidos, também em decorrência da realidade pandêmica, de acessar direitos, devido ao fechamento de postos de atendimentos por um determinado período, como foi com o passe livre em meados de 2020¹⁰². Além disso, a própria necessidade de ingressar em transportes públicos em geral lotados para acessar o tratamento em meio à pandemia, já representa um grave risco a esta população, uma vez que a pessoa com câncer é parte do grupo de risco para COVID-19, sobretudo quando em curso de radioterapia e quimioterapia, em uso de medicamentos que reduzem a imunidade, ou nos trinta dias após a realização de procedimentos cirúrgicos.¹⁰³

Vale aqui apresentar, ainda que de maneira breve, o documento que estabelece, no estado do Rio de Janeiro, a organização da atenção oncológica, a fim de demonstrar a trajetória que é normalmente trilhada pelos(as) usuários(as) que chegam ao INCA.

A organização da atenção oncológica no Brasil é pautada sobretudo pelas portarias nº 483, de 1º de abril de 2014, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado e pela portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

¹⁰² Uma vez que os postos de cadastramento encontravam-se fechados, os(as) usuários(as) foram orientados(as) pela SETRANS a simplesmente apresentar o formulário específico para solicitação de vale social para trem, barca, metrô ou ônibus intermunicipal, preenchido pelo médico do Instituto, aos condutores ou seguranças ao ingressar neste modais para acesso ao tratamento, acesso que podia ser inviabilizado a depender da “boa vontade” do responsável, não havendo garantias para acesso ao transporte.

¹⁰³ Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/videos/o-paciente-com-cancer-esta-no-grupo-de-risco-para-covid-19>>. Acesso em: 14 ago. 2021.

Pautando-se em ambas e seguindo a lógica organizativa do SUS, foi desenvolvido em 2013 o Plano de Atenção Oncológica no estado do Rio de Janeiro, revisado a cada cinco anos, tendo, portanto, vigência atual a de 2017, cujas diretrizes e planejamento estão definidas até o final do ano de 2021. O plano “é o instrumento balizador do planejamento da atenção oncológica [...] no Estado do Rio de Janeiro, de acordo com os eixos, objetivos estratégicos, ações e metas prioritárias definidas” (SES-RJ, 2017, p. 7). São apresentadas no documento diversas propostas de investimento na Atenção Básica, considerada “porta de entrada e gestora do cuidado no SUS” (SES-RJ, 2017, p. 27) e locus privilegiado para a prevenção do câncer e o seu controle. Deste modo, privilegia-se seus serviços e o investimento em seus recursos, uma vez que tende a ser desenvolvida com grande descentralização territorial, o que permite uma maior cobertura a acesso à população em sua área.

Não se pode desconsiderar, porém, que, na atualidade, os territórios são marcados pela violência endêmica que marca as áreas dominadas pelo tráfico de drogas ou pela presença de milícias que, como destaca Cardoso (2020, p. 229), impõem uma sociabilidade violenta, que seria a “negação da sociabilidade”, originada na lógica da alteridade opaca no âmbito das interações cotidianas típicas de sociedades como a nossa, desiguais e violentas.

Retomando a proposta do Plano estadual, propõe-se uma maior integração entre esta Atenção Básica e a Atenção Especializada, considerada um dos grandes gargalos do SUS. No cotidiano institucional, é possível verificar um distanciamento da Atenção Básica, sendo muito comum que o Instituto assumira o(a) usuário(a) como exclusivamente seu, ou seja, apenas quando surgem demandas muito específicas da Atenção Básica, como por exemplo, a necessidade de acompanhamento na residência do(a) usuário(a)¹⁰⁴, é que a equipe – e são usualmente assistentes sociais ou psicólogos(as) que atentam ao contato com a rede da atenção básica da área – realiza a contrarreferência, porém não chega a ser um acompanhamento exatamente conjunto, mas paralelo na maioria dos casos. Este é então um grande desafio a ser enfrentado para que se estabeleça uma lógica integrada de fato na assistência ao(a) usuário(a).¹⁰⁵

¹⁰⁴ No âmbito do INCA, apenas a equipe multiprofissional da unidade HC IV, responsável pelos(as) usuários(as) em cuidados paliativos, realiza visitas domiciliares.

¹⁰⁵ Um importante passo para a mudança de paradigma no caso é a existência de um módulo de ensino no eixo transversal do programa de residência multiprofissional do INCA – Políticas públicas

A confirmação do diagnóstico nas fases iniciais da doença é fator chave para a sobrevida no início do tratamento oncológico. Na particularidade do SUS, na maioria dos casos, a “porta de entrada” da regulação em saúde é a rede de atenção básica. Após a suspeita do câncer a partir de atendimento ambulatorial na unidade básica de saúde, é feito o cadastro do usuário no SISREG (sistema de regulação de vagas no município) para referência ao nível secundário (média complexidade), onde serão realizados exames diagnósticos e tratamento de lesões precursoras (lesão inicial)¹⁰⁶. Caso haja lesão invasiva, será realizado agendamento de consulta oncológica em unidades de atenção terciária (alta complexidade), como o INCA, através do Sistema Estadual de Regulação (SER¹⁰⁷).

Entre o aparecimento dos primeiros sintomas e o ingresso na rede de atenção à saúde até o início do tratamento, muitas dificuldades podem ser encontradas e a demora pode ser grande. Estudo realizado por Vidal (2017) demonstrou que a média temporal em dias de mulheres com câncer de colo do útero em tratamento no SUS, entre o ingresso na alta complexidade e o início do tratamento em CACON de referência, era de 74 dias, ultrapassando o período determinado por lei. A Lei no 12.732 de 2012 determina o tempo máximo de 60 dias para início do primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna. De acordo com o seu artigo segundo:

O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), *no prazo de até 60 (sessenta) dias* contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico *ou em prazo menor*, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. §1o Para efeito do cumprimento do prazo estipulado no caput, considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso. (BRASIL, 2012 - grifos nossos).

de saúde e oncologia – que prevê a realização de atividades práticas pelos(as) residentes, à exceção dos(as) residentes médicos(as), que pertencem a outro programa de residência, junto às unidades de saúde pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//plano_de_curso_programas-de-residencia_multiprofissional_em_oncologia_e_em_fisica_medica-2019.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2021.

¹⁰⁶ A lesão inicial é considerada curável e desta para a fase invasiva, que caracteriza o câncer, existe um intervalo de tempo de cerca de 10 anos, variando conforme a particularidade histológica e imunológica de cada caso (INCA, 2016).

¹⁰⁷ O SER é o sistema responsável pelo agendamento de consulta oncológica nos hospitais e institutos especializados em tratamento de câncer.

Ainda a Lei nº 13.896, de 2019, assegura aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com suspeita de câncer o direito à realização de exames necessários para a confirmação do diagnóstico no prazo máximo de *30 dias*, reforçando o reconhecimento formal da importância de um atendimento, diagnóstico e início do tratamento o mais precoce possível, como demanda a natureza da doença.

Recente publicação do INCA sobre o diagnóstico precoce, destaca ainda, a partir de definição da OMS, que as etapas do diagnóstico precoce “podem ser resumidas no tripé: população informada, profissional capacitado e acesso aos serviços de saúde” (INCA, 2021, p. 17-18). Voltando brevemente ao conceito de acesso acima apresentado, que ressalta o aspecto da qualidade dos serviços ofertados nas unidades de atendimento, pesquisa realizada em 2014 apontou (BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015) que os participantes, usuários(as) do SUS em curso de tratamento de câncer, relataram erros iniciais no diagnóstico, que incluíam tratamentos inadequados, e falta de preparo técnico para a realização de exames específicos, além da demora em conseguir agendamento de consultas com especialistas e para a realização de exames.

A rede de Atenção Oncológica no estado do RJ é composta por 25 CACONS/UNACONS, que são Unidades ou Centros de Assistência Especializada em Oncologia, além de 3 serviços especializados de radioterapia, hospitais de cirurgia oncológica, distribuídos em 12 municípios de 8 das 9 Regiões de Saúde do estado. Assim, o(a) usuário(a) pode ser encaminhado para uma dessas unidades ou centros, sendo considerada a sua área de moradia para a definição do local de tratamento.

Foi possível apresentar, no presente capítulo, o processo de construção do SUS, marcado tanto pelo influxo de propostas avançadas do movimento da reforma sanitária quanto pelas investidas do projeto neoliberal nas últimas décadas. Além disso, deve ser considerada a herança contributiva dos sistemas anteriores quando, por muitos anos, a política esteve voltada ao(à) trabalhador(a) formalmente inserido(a) no mercado de trabalho, deixando a cargo das entidades filantrópicas – Santas Casas etc. – o suporte à população desempregada, herança que ronda até os dias atuais o sistema vigente, híbrido em sua configuração¹⁰⁸.

¹⁰⁸ A este respeito, Dantas (2020, p. 173), ao realizar uma compilação das oito conferências de saúde já realizadas, atravessando todos os governos da Nova República, até o atual, demonstra como a natureza híbrida do sistema significou um problema crescente, identificado na “falta de regulação e gestão do Estado”, e os debates nas conferências concentravam-se, cada vez mais, “nas formas

Ademais, como recorda Sierra (2014, p. 33-34), a legislação social era que regia, na década de 1930, por exemplo, a justiça do trabalho, criada na época como instância administrativa, subordinada ao Poder Executivo, indicando uma conexão orgânica entre direitos sociais e trabalho, em sua origem, situação que persiste até 1946, quando passa a integrar o Poder Judiciário.

Nos últimos anos, a relação entre acesso aos direitos sociais e a Justiça toma outra configuração, marcadamente a partir da década de 1980, quando se amplia a abrangência do sistema de constitucionalidade no país e são criadas instâncias que aproximam o sistema de justiça de mais parcelas da população, como as Defensorias Públicas. Por outro lado, a judicialização da política (Tate e Valinder, 1995) “resulta da omissão do Poder Executivo no encargo da efetivação de direitos, mediante a execução das políticas públicas” (SIERRA, 2014, p. 36). No capítulo que se segue será possível adentrar e aprofundar o debate sobre a temática, a partir das reflexões desenvolvidas até aqui.

gerenciais de estruturação e sustentação do sistema”. Assim, o que deveria ser encarado como luta de classes, percebendo as derrotas como perdas reais na construção do SUS, de acordo com o mesmo, acabou por ser subestimado e tido como passível de resolução a partir de acordos à base de “conversas entre cavalheiros”. Vale, porém, ressaltar que a compreensão de que o SUS, ainda que seja um sistema que se proponha universal, público e gratuito, não pode ser analisado de modo atomizado, uma vez que a sua efetivação depende de outros processos políticos, econômicos e sociais, devendo ser considerados em uma perspectiva totalizante.

2 JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL

Além da visão fetichizada que o direito burguês expressa, suas possibilidades de acesso universal são também ilusórias.

Yolanda Guerra, 2011, p. 42

2.1 Justiça constitucional e judicialização: elementos para o debate

Não tem sido raro encontrar estudos sobre o crescimento da judicialização das políticas sociais no Brasil. Pelo contrário, cada vez mais estudos sobre o tema têm sido propostos, sobretudo análises bibliográficas e reflexões filosóficas, especialmente no campo do direito constitucional¹⁰⁹. No curso das leituras e aprofundamento sobre a temática, seguindo o ensejo de recorrer a interpretações críticas e, ao mesmo tempo, compreender o processo no cotidiano de trabalho, tratou-se de recolher o conhecimento nos dados institucionais, a partir de pesquisa empírica que será apresentada no terceiro capítulo.

É possível encontrar na literatura sobre o tema variadas perspectivas sobre o conceito de judicialização, indo desde a compreensão positivista, que interpreta o encaminhamento de litígios aos tribunais como a simples possibilidade de garantir o acesso a direitos, até aquela que concebe o processo como “apenas mais uma forma fetichizada de expressão das relações capitalistas de produção” (ALAPANIAN, 2012, s.p.). No caminho a ser aqui trilhado propõe-se desenvolver a compreensão da judicialização no contexto de um capitalismo periférico com as características de formação do Brasil, a partir da sua concepção no âmbito do sistema capitalista de produção, tomando autores como Pachukanis, que considera a norma jurídica, com todos os seus elementos, como espelho da forma mercadoria como analisada em Marx. Como consequência, compreende-se que o direito, como a mercadoria, é fenômeno enraizado no modo de produção capitalista, ou seja, é estrutural.

Autores como Barroso (2009, 2012, 2015) e Vianna (1999), trazem contribuições imprescindíveis ao debate sobre a judicialização de modo mais amplo, no Brasil. O primeiro, tendo como foco a reflexão sobre o direito constitucional, o debate sobre o ativismo judicial, e algumas das suas repercussões políticas; já o

¹⁰⁹ Cf. Castro (2012); Sierra (2014); Ribeiro (2014); Oliveira (2015); Martins (2015).

segundo propõe, em suas análises, a investigação da judicialização como algo mais amplo, trazendo à baila questões como a judicialização das relações sociais e a democratização do acesso à Justiça. Já estudos como o de Asensi (2010, 2013), CNJ (2015), Corvino (2017), e outros¹¹⁰ apresentam o debate sobre a judicialização na área da saúde. Estas produções serão retomadas mais detidamente na seção 2.2.

O século XX trouxe diversas inovações no que se refere ao modo como os Estados nacionais lidam com as políticas públicas e também a forma como a Justiça é compreendida e organizada nas sociedades. Uma alteração apresentada por Cappelletti e Garth (1988) diz respeito à compreensão de que seria necessária uma atuação positiva do Estado para assegurar o gozo de direitos sociais básicos como a educação, o trabalho, a saúde. Estes autores compreendem o acesso à Justiça como “o requisito fundamental – o mais básico dos direitos humanos – de um sistema jurídico moderno e igualitário que pretenda garantir, e não apenas proclamar os direitos de todos” (CAPPELLETTI; GARTH, 1988, p. 12). Reconhecem, porém, que as vantagens no acesso à Justiça estão nas mãos de litigantes organizacionais, que acionam o sistema para obtenção de seus próprios interesses, em detrimento dos autores individuais, especialmente os pobres.

No que se refere às mudanças no sistema judicial de muitos países ocidentais, é importante destacar o advento dos tribunais constitucionais europeus, sobretudo no período pós-guerra, quando a justiça constitucional passa a avançar sobre o espaço da política majoritária, feita no âmbito do Legislativo e do Executivo, conforme recorda Barroso (2012), baseada no voto popular¹¹¹. De acordo com este mesmo autor, este processo ilustra uma fluidez na fronteira entre política e Justiça na atualidade, e no caso do Brasil, com destaque após a promulgação da Constituição de 1988, a atuação do Supremo Tribunal Federal passa a tomar maior vulto perante a sociedade, assim como a judicialização, no bojo destas mudanças. Além da redemocratização, que

¹¹⁰ Bittencourt (2016), aponta em seu estudo sobre o “estado da arte” da produção acadêmica sobre judicialização na saúde, entre os anos de 2010 e 2014, apenas nos bancos de dados da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e na plataforma Scielo, trinta trabalhos publicados, sendo dezesseis destes sobre judicialização na área da assistência farmacêutica.

¹¹¹ Barroso (2012, p. 29) destaca o seguinte: “Quando se debateu a criação do primeiro tribunal constitucional na Europa, Hans Kelsen e Carl Schmitt travaram um célebre e acirrado debate teórico acerca de quem deveria ser o guardião da Constituição. Contrário à existência da jurisdição constitucional, Schmitt afirmou que a pretensão de judicialização da política iria se perverter em politização da Justiça. No geral, sua profecia não se realizou e a fórmula fundada no controle judicial de constitucionalidade se espalhou pelo mundo com grande sucesso”.

culmina com a elaboração da Constituição Federal vigente, Barroso (2012) aponta dois outros fatores que implicam no aumento da judicialização no Brasil. Primeiro, o fato desta ser considerada abrangente, acolhendo, por assim dizer, inúmeras matérias anteriormente relegadas apenas ao âmbito político, o que permite que direitos previstos constitucionalmente possam ser exigidos judicialmente. Segundo, o sistema de controle de constitucionalidade do Brasil, que também é um dos mais abrangentes do mundo.¹¹²

Até chegar a esta configuração, é importante destacar como características da formação brasileira marcaram a trajetória do sistema legal, ainda que por muito tempo pautado na arbitrariedade no país. Sierra (2014, p. 32) recordará que, no Brasil, durante os períodos colonial e imperial, o dono de terras era quem representava a figura do “legislador e executor da justiça local”¹¹³, e ainda durante a República Velha a justiça privada predominava sobre o poder público, fruto do coronelismo hegemônico da época, marcado pelo filhotismo e o mandonismo, em que “a regra do convívio social era simultaneamente o ‘favor’ e o ‘porrete’” (SIERRA, 2014, p. 33). No decorrer do período republicano, como sinaliza a mesma, o chefe de Estado passa a ocupar aquela posição, passando a relação entre os poderes Judiciário e Executivo à condição de submissão geral à pessoa do presidente ou dos governadores.

A expansão do Poder Judiciário se dá a partir da década de 1930, destacando-se entre 1930 e 1945 uma intensa produção de legislação trabalhista e previdenciária, em uma perspectiva de criação de “soluções alternativas para os problemas da ordem e dos conflitos coletivos” (SIERRA, 2014, p. 34). Em 1970, de acordo com Sierra

¹¹² A Constituição de 1988 é considerada uma constituição dirigente, segundo a formulação de Canotilho, uma vez que “define, por meio das chamadas normas constitucionais programáticas, fins e programas de ação futura no sentido de melhoria das condições sociais e econômicas da população” (BERCOVICI, 1999, p. 36). Neste sentido, a Constituição teria por função “fornecer uma direção permanente e consagrar uma exigência de atuação estatal” (BERCOVICI, 1999, p. 40). Alguns elementos desta compreensão sobre a Constituição brasileira abrem espaço para debate, já que envolve importantes consequências práticas que, porém, não serão aqui trabalhadas. Canotilho dá pistas sobre a discussão em curso: “‘realizar a Constituição’ significa tornar juridicamente eficazes as normas constitucionais. Qualquer constituição só é juridicamente eficaz (pretensão de eficácia) através da sua realização. Esta realização é uma tarefa de todos os órgãos constitucionais que, na actividade legiferante, administrativa e judicial, aplicam as normas da constituição. Nesta ‘tarefa realizadora’ participam ainda todos os cidadãos que fundamentam na constituição, de forma direta e imediata, os seus direitos e deveres” (CANOTILHO, 1993, p. 201-202).

¹¹³ Vale destacar, nestes períodos, a existência de um sistema híbrido, por assim dizer, em que coexistia a justiça privada e a pública, esta marcada ainda, por exemplo, pelas cartas régias como dispositivos normativos que instituíam determinações permanentes e obrigatórias.

(2014, p. 34) atribui-se ao Ministério Público “a responsabilidade principal da defesa dos interesses difusos e coletivos perante o Poder Judiciário”, sendo a década seguinte marcada por transformações significativas.

Neste momento (a partir da década de 1980), é possível visualizar então uma espécie de ruptura que carrega em si, conforme destacam Vianna et. al. (1999, p. 22), fenômenos de massificação da tutela jurídica, que resulta em um “envolvimento do direito na própria construção da sociabilidade”.

Todo este processo, importante lembrar, nunca se dá de modo autônomo, desvinculado dos movimentos mais amplos do capitalismo mundializado. Para tanto, vale apresentar o documento técnico nº 319 do Banco Mundial¹¹⁴. O documento é justificado pela “necessidade de definir os elementos de um programa global de reforma do judiciário o qual pode ser adaptado as situações específicas de cada país” (BANCO MUNDIAL, 1996, s.p.). O documento traz a seguinte proposta:

os elementos básicos da reforma do judiciário devem incluir medidas visando assegurar a independência do judiciário através de alterações no seu orçamento, nomeações de juízes, sistema disciplinar que aprimore a administração das cortes de justiça através do gerenciamento adequado de processos e reformas na administração das unidades judiciárias; adoção de reformas processuais; mecanismos alternativos de resolução de conflitos; ampliação do acesso da população a justiça; incorporação de questões de gênero no processo da reforma; redefinição e/ou expansão do ensino jurídico e programas de treinamento para estudantes, advogados e juízes.

Estas medidas são justificadas e ancoradas, como é possível verificar no decorrer do documento, no aquilamento da importância de garantir “um ambiente propício ao comércio, financiamento e investimentos”, “promover o desenvolvimento do setor privado”, com o fito de estimular o aperfeiçoamento de todas as instituições societárias e assim aliviar as injustiças sociais. Em uma palavra, denuncia-se que, nos países da América Latina e Caribe, o acesso à Justiça não tem promovido o desenvolvimento do setor privado. De acordo com o documento,

A economia de mercado demanda um sistema jurídico eficaz para governos e setor privado visando solver os conflitos e organizar as relações sociais. Ao passo que os mercados se tornam mais abertos e abrangentes e as transações mais complexas as instituições jurídicas formais e imparciais são de fundamental importância. Sem estas instituições, o desenvolvimento no

¹¹⁴ Intitulado “O setor judiciário na América Latina e no Caribe: elementos para a reforma”, o documento de 1996 traz as diretrizes para o setor, que devem ser seguidas na região.

setor privado e a modernização do setor público não será completo. Similarmente, estas instituições contribuem com a eficiência econômica e promovem o crescimento, *que por sua vez diminui a pobreza*. [...] Como resultado, uma reforma do judiciário racional pode ter um tremendo impacto no sucesso da modernização do estado dando uma importante contribuição para um processo de desenvolvimento mais amplo (BANCO MUNDIAL, 1996, s.p. – grifo nosso).

No Brasil, o documento culmina, então, na Emenda Constitucional nº 45, de 2004, que acolhe as recomendações.

Retomando o debate sobre os processos de transição histórica do sistema de justiça no Brasil, voltando ao período da que se segue à promulgação da Constituição de 1988, Barroso (2015, p. 38) destaca a crise de representação política, o que também justificaria aquela ampliação da atuação do poder judiciário a partir daquele momento. Aqui se apresenta o debate em curso sobre uma sobreposição dos três poderes, conforme menciona Vieira (2008, p. 452)

o Supremo não se vê apenas como uma instituição que pode vetar decisões parlamentares claramente inconstitucionais, mas que pode comparar a qualidade constitucional das decisões parlamentares com as soluções que a própria Corte venha a imaginar, substituindo as decisões do parlamento caso entenda que as suas são melhores.

Este debate, como veremos, terá também repercussões no campo da saúde, uma vez que a atuação dos Tribunais tem implicações diretas no campo da elaboração e da implementação de políticas públicas, como recorda Carvalho (2004, p. 115). Este processo pode envolver inclusive medidas que se configurem como ativismo judicial, que se diferencia da judicialização em si, como será visto adiante.

Zaffaroni, ao tratar a incorporação de direitos sociais na América Latina, marcada pelas sequelas da marginalização e da exclusão, menciona uma “explosão de litigiosidade”, motivada por graves disparidades entre o discurso jurídico e a planificação da economia. Algumas características próprias deste processo na região seriam “o aumento da burocracia estatal [...] e a produção legislativa impulsionada unicamente pelo clientelismo político” (ZAFFARONI, 1995, p. 24), o que provocaria um maior antagonismo político entre os juízes e, assim, um aumento do seu protagonismo e das suas faculdades discricionárias.

No campo do marxismo, alguns autores devem ser mencionados, a fim de apresentar contrapontos ao debate tradicional e iniciar uma reflexão mais abrangente

sobre a temática. Importante destacar, assim, na tradição marxista, a produção de Pachukanis, que traz valiosas contribuições, ainda que desperte polêmicas neste campo, sobre a relação entre o direito e o Estado.

Pachukanis, teórico marxista do direito, russo, viveu e tomou parte das transformações da revolução soviética de 1917¹¹⁵. Na condução dos seus estudos, trouxe para si a responsabilidade de superar a leitura rasa feita por outros juristas marxistas de sua época, que se detinham na compreensão do direito como mero instrumento de classe, reduzindo-o a um conjunto de normas. Para tanto, o autor busca utilizar o método de Marx para investigar o sentido do direito no mundo capitalista. Procura, então, localizar o que seria a célula mais básica da forma jurídica, e encontra o *sujeito de direito* que ocupará um lugar semelhante ao da forma mercadoria em Marx.

De acordo com o autor, o Estado jurídico seria uma miragem, mesmo que totalmente conveniente para a burguesia, “pois substitui a ideologia religiosa em decomposição e esconde das massas o domínio da burguesia” (PACHUKANIS, 2017, p. 148). O autor sinaliza, assim, que seria

em nome da pureza da teoria que a burguesia nunca tem em vista o outro lado da moeda, a saber: a sociedade de classes não é apenas um mercado, no qual se encontram os possuidores de mercadorias, mas é, ao mesmo tempo, a arena de uma feroz guerra de classes, na qual o aparato do Estado é uma arma poderosa (Pachukanis, 2017, p. 151).¹¹⁶

Esta citação parte da seguinte premissa: o sistema capitalista tem como característica a transformação das pessoas em sujeitos de direito, na medida em que, livres e alienados dos meios de produção, os trabalhadores passam a ser proprietários apenas de sua força de trabalho, de que dispõem livremente para vender, em um processo contratual, assim como qualquer outra mercadoria. Deste modo,

¹¹⁵ Integrou a seção de Teoria do Estado e do Direito da Academia Comunista, polo de crítica marxista do direito na URSS. Debatendo com os principais nomes do pensamento jurídico soviético, publicou sua grande obra, “Teoria geral do direito e marxismo”, que teve, naquele momento, grande repercussão nacional e internacional. Com a ascensão do stalinismo, porém, é levado a realizar autocríticas, voltando às leituras marxistas vulgares do positivismo jurídico. Ainda assim, é executado pelo regime, suas obras proibidas e seus seguidores silenciados. Deste modo, apenas em 1982 é reeditada sua principal obra, que chega tardiamente ao Brasil.

¹¹⁶ Mandel (1985, p. 335) refletindo sobre esta concepção de direito em Pachukanis, destaca que o autor, em última instância, desenvolve a tese de que “sem a produção simples de mercadorias não há lei”.

no ato da alienação, a realização do direito de propriedade como abstração se torna realidade. Qualquer emprego de uma coisa está ligado ao aspecto concreto de sua utilização como meio de consumo ou como meio de produção. Quando uma coisa opera na qualidade de valor de troca, ela se torna impessoal, puro objeto do direito; por sua vez, ao dispor dela, o sujeito se torna puro sujeito de direito (PACHUKANIS, 2017, p. 129).

O autor destaca, seguindo o raciocínio aqui exposto, que “para que os produtos do trabalho humano possam se relacionar uns com os outros como valor, as pessoas devem se relacionar como personalidades independentes e iguais” (PACHUKANIS, 2017, p. 153), ou seja, igualdade e liberdade são atributos fundamentais do sujeito de direito, porém não enquanto partes constituintes do ser humano, mas como “inteiramente determinadas por um processo social e histórico”, provenientes da e voltadas para a troca de mercadorias (KASHIURA JR., 2012, p. 119)¹¹⁷. Deste modo,

a esfera da circulação mercantil, na qual os homens se defrontam sob a forma de sujeitos de direito é, assim, de fato, a esfera da igualdade e da liberdade, a esfera da plena realização das determinações jurídicas. Mas a plena realização das determinações jurídicas não tem outro sentido senão mediar as determinações fundamentais da produção capitalista que desigualam e oprimem (KASHIURA JR., 2012, p. 148).

Assim, para um início de conversa, pode-se afirmar que, em uma perspectiva marxista, “a teoria jurídica burguesa, ao glorificar a igualdade e a liberdade jurídicas, não faz senão glorificar a circulação mercantil” (KASHIURA JR., 2012, p. 119).

Há, porém, entre os estudiosos, reservas quanto ao processo metodológico seguido por Pachukanis. Cunha (2015), ainda que reconheça os méritos do autor ao desenvolver considerações que refletem uma justa apreciação da forma jurídica, trará alguns elementos para uma crítica às elaborações pachukanianas. O cerne de sua análise baseia-se na denúncia de uma fragilidade na aplicação do método marxiano, uma vez que Pachukanis teria realizado uma transposição mecânica, imediata, do fetiche da mercadoria para o que seria o sujeito de direito. De acordo com o autor,

Em nome de determinar o movimento próprio das coisas como tais é preciso reconhecer os limites das analogias e assumir que o desenvolvimento que Marx nos legou acerca do fetiche da mercadoria revela que as relações

¹¹⁷ “A equivalência mercantil e a igualdade e a liberdade jurídicas da esfera da circulação assim constituem a mediação necessária da exploração do homem pelo homem” (KASHIURA JR., 2012, p. 147).

jurídicas – como momento derivado de um conteúdo econômico anterior – são parte constitutiva da forma aparente que encobre as verdadeiras relações sociais por baixo da crosta da reificação. Desse ângulo, o direito não formaria um fetiche próprio, nem complementar, como sugeriu Pachukanis, mas se marca como momento jurídico da aparência objetiva posta pelo fenômeno do fetiche da mercadoria (CUNHA, 2015, p. 168).

A perspectiva que aqui se propõe sugere, porém, uma leitura totalizante da obra do autor, compreendendo o direito em “sua necessária historicidade como processo de avanço e retrocesso, examinando a forma jurídica como forma histórica e o fenômeno jurídico fundado e fundamentado nas relações sociais de produção e as ideias a elas correspondentes” (GUERRA, 2020, p. 139). Assim, destaca-se que a forma direito em Pachukanis constitui-se como “*mediação* real das relações de produção” (GUERRA, 2020, p. 140 – grifo nosso).

Kashiura Jr. (2012) realiza uma importante reflexão sobre o conceito de sujeito de direito, vinculando-o à formação sócio histórica capitalista. De acordo com o autor, Marx demonstrou que a universalização da personalidade jurídica está vinculada ao movimento próprio da circulação e da produção de mercadorias. Sendo assim, tanto a ideia de sujeito de direito quanto o fenômeno jurídico plenamente desenvolvido deveriam ser compreendidos em seu caráter especificamente capitalista.

Outro ponto interessante na produção pachukaniana diz respeito à interpretação de que, em Marx, a transição para o comunismo desenvolvido significaria uma transição para a extinção da forma jurídica em geral. Um bom exemplo oferecido pelo autor, quanto ao caráter burguês do direito no capitalismo, encontra-se no direito penal, quando se define como principal pena a privação de liberdade que, na realidade, realizando o princípio da reparação equivalente, está umbilicalmente vinculada ao “homem abstrato e à abstração do trabalho humano mensurável pelo tempo” (PACHUKANIS, 2017, p. 177), o que configura o sistema de prisão com prazo de encarceramento. O autor sugere, assim, que a privação de determinado tempo – de trabalho –, mais que da liberdade em si, configuraria o centro da pena. Este é também um bom argumento aos que alegariam que, mesmo em outros tipos de sociedade, seria necessário o direito como se apresenta no capitalismo, o direito burguês.

Pachukanis (2017) também desenvolve importantes contribuições acerca do Estado, recordando que, assim como o direito, este tem um nítido caráter de classe. Segundo ele, “só a sociedade burguesa cria as condições necessárias para que o

momento jurídico alcance plena determinação nas relações sociais” (PACHUKANIS, 2017, p. 75), e o Estado tem um papel de vulto na sua definição de direito. Naves (2008, p. 131) recorda que, sem a presença de um aparelho coercitivo – o Estado –, o direito permaneceria uma ficção, uma vez que “a superestrutura jurídica depende em sua existência e em seu funcionamento da existência de uma organização estatal da classe dominante, cujo aparelho repressivo toma a forma da polícia, do exército, etc.”.

Mascaro (2013, p. 40) destaca que a “forma jurídica estatal se estabelece definitivamente apenas quando a sociabilidade geral se torna jurídica”, e, sendo assim, o Estado de direito assim o seria, fundamentalmente, por operar em conjunto com as relações sociais permeadas pelo direito. Em outra obra (MASCARO, 2018, p. 16), o autor destaca, seguindo o mesmo raciocínio, que tanto o Estado como o direito, ambas formas derivadas da forma-mercadoria, não seriam aptos para conduzir a ação política para além do capitalismo. Assim, o direito pode ser considerado “tão inexorável ao capitalismo quanto o é o aparato militar e repressivo do Estado” (MASCARO, 2018, p. 18).

Perseguindo uma interpretação marxista do direito, Trindade é outro autor a ser destacado. Segundo ele, “a investigação de ambos [Marx e Engels] culmina por situar o direito, em síntese, como componente necessário da instância superestrutural da sociedade fundada na divisão do trabalho para a produção de mercadorias” (2011, p. 19). Marx e Engels, no Manifesto Comunista, alertavam que as ideias burguesas eram produto das próprias “relações burguesas de produção e de propriedade” e, do mesmo modo, o direito não seria nada mais que a vontade desta classe erigida em lei, “uma vontade cujo conteúdo é determinado pelas condições materiais de vida de sua própria classe” (MARX; ENGELS, 2008, p. 36).

No ano de 1875, Marx, em resposta a um programa elaborado como proposta de um futuro partido operário alemão unificado, produz um documento em que formula a tese da inevitabilidade histórica da ditadura do proletariado, estágio de transição entre o capitalismo e o comunismo. Neste trabalho, Marx traz reflexões valiosas para o debate aqui em pauta.

Ao analisar o direito, Marx destaca que, na sociedade capitalista, o direito igual é o direito burguês, ou seja, “direito desigual para trabalho desigual”, que não reconhece diferenças de classes e, por isso mesmo, encara as disparidades no

rendimento dos trabalhadores como privilégios naturais, ou seja, o dom individual é naturalmente desigual. Ora, sendo assim, o direito constitui-se um “direito da desigualdade, pelo seu conteúdo, *como todo o direito*” (MARX, 2018, s.p. – grifo nosso).

Avançando no raciocínio, Marx demonstra que, para que o direito contemple as desigualdades entre os indivíduos (aqui concernentes à sua diversidade), necessitaria ser também desigual, o que, em uma primeira fase da sociedade comunista não seria ainda possível, já que a configuração econômica ainda não estaria suficientemente modificada. O autor chega, então, à conclusão de que somente na etapa superior da sociedade comunista é possível superar este direito da desigualdade, definindo com sua célebre frase: “só então o horizonte estreito do direito burguês poderá ser totalmente ultrapassado e a sociedade poderá inscrever na sua bandeira: De cada um segundo as suas capacidades, a cada um segundo as suas necessidades” (MARX, 2018, s.p.).

Outro autor de destaque no âmbito das reflexões pautadas no materialismo histórico-dialético é Gramsci, e suas contribuições se destacam, entre outras características, pela amplitude e magnitude de temáticas no âmbito da sociedade atual que as chaves conceituais por ele desenvolvidas permitem explorar. As categorias que apresenta em sua obra não apenas revelam esta versatilidade no que se refere à variedade, como também à qualidade, ao possibilitarem o aprofundamento e o estabelecimento de mediações nos estudos propostos. Partindo desta premissa, considerando a temática da judicialização das políticas sociais, impõe-se refletir, ainda que de forma introdutória, sobre os conceitos de Estado e direito em Gramsci.

Gramsci compreende o Estado como um instrumento que possibilita que um grupo crie as condições para sua máxima expansão, o que não exclui, ao contrário, pressupõe o estabelecimento de equilíbrios entre seus interesses e os dos grupos subordinados, claro, sempre objetivando a prevalência dos interesses dos primeiros (GRAMSCI, 2000, pp.41-42). Esta concepção de Estado, longe de comportar simplismos, deve ser tomada de modo a considerá-lo como terreno de conflito de classe, ou seja, “é, ao mesmo tempo, instrumento (de uma classe), mas também lugar (de luta hegemônica) e processo (de unificação das classes dirigentes)” (LIGUORI; VOZA, 2017, p. 263). Assim, o Estado em Gramsci é compreendido de forma ampliada, ou em sentido integral, tomado não apenas o aparelho de governo, mas

também a sociedade civil, ou seja, “Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é, hegemonia couraçada de coerção” (GRAMSCI, 2000, 244).

Engels, em seu trabalho “A origem da família, da propriedade privada e do Estado”, traz considerações importantes acerca das origens da sociedade capitalista e do Estado enquanto poder aparentemente situado acima das classes em luta. Afirma o autor, sobre o Estado: “é o reconhecimento de que essa sociedade está enredada numa irremediável contradição com ela própria, que está dividida em oposições inconciliáveis de que ela não é capaz de se livrar” (ENGELS, 2009, p. 209).

É interessante a análise de Engels sobre o tema, uma vez que irá trabalhar o conceito de república democrática, “a mais elevada de todas as formas de Estado” (ENGELS, 2009, p. 212), como mencionado acima, e aquela sob a qual poderia ser travada a “última e definitiva batalha entre o proletariado e a burguesia” (ENGELS, 2009, p. 213). Este autor vê no Estado o “resumo da sociedade civilizada, sendo, sem exceção, em todos os períodos que podem servir como modelo, o Estado da classe dominante e, de qualquer modo, essencialmente máquina destinada a reprimir a classe oprimida e explorada” (ENGELS, 2009, p. 217).¹¹⁸

No que diz respeito à temática do direito, concorda-se com Barboza (2007, p. 13), quando afirma que mesmo que não seja encontrada uma teorização aprofundada sobre o tema na obra de Gramsci, é possível pensar o direito moderno partindo-se das categorias gramscianas ou, como afirmam Lima e Ariokudo (2016, p. 56 – grifo no original), mesmo que Gramsci não tenha sistematizado uma filosofia do direito, é possível inferir a partir dos Cadernos do Cárcere, “uma filosofia *para* o direito”.

Percebe-se que Gramsci parte também de uma noção ampliada do direito, compreendendo-o como portador de uma função semelhante à do Estado, consistindo especialmente na “vontade de conformismo”, ou seja, tem uma função que é, como a do Estado, “educadora”, buscando assegurar as condições de produção. Aqui, o autor identifica o direito com o Estado em sua eticidade, que significaria sua expressão não puramente repressiva, mas de assimilação de toda a sociedade pela classe burguesa, no caso da sociedade capitalista. Deste modo, afirma o autor: “esta é precisamente a função do direito no Estado e na sociedade; através do ‘direito’, o Estado torna

¹¹⁸ Marx (2018, s.p.) também trará importantes reflexões sobre o caráter do Estado na sociedade capitalista, ao denunciar os equívocos de Lassalle ao cair na ilusão de que seria possível construir uma nova sociedade com o apoio do Estado.

‘homogêneo’ o grupo dominante e tende a criar um conformismo social que seja útil à linha de desenvolvimento do grupo dirigente” (GRAMSCI, 2000, p. 240).

De acordo com Lima e Ariokudo (2016, p. 59), na perspectiva gramsciana

o direito se vincula a uma estrutura de Estado visando gerar e consolidar uma determinada forma de relações sociais entre os indivíduos, assumindo o papel ideológico, enquanto normas, valores de conduta na concretização das relações e exercício de hegemonia das classes que estão no poder.

Desta forma, “o direito moderno é assim garantidor da força de classe que se exprime no princípio da propriedade, mas é também [...] o instrumento com o qual essa classe procura a ‘conformação’ e a ‘educação’ [...] de toda a sociedade” (LIGUORI e VOZA, 2017, p. 204).

Ao tratar estas temáticas, Gramsci entrevê a superação do capitalismo, uma vez que, sobressaindo-se as funções “educadoras” do Estado – e do direito – indica que

uma classe que se ponha a si mesma como passível de assimilar toda a sociedade e, ao mesmo tempo, seja realmente capaz de exprimir este processo leva à perfeição esta concepção do Estado e do direito, a ponto de conceber o fim do Estado e do direito, tornados inúteis por terem esgotado sua missão e sido absorvidos pela sociedade civil (GRAMSCI, 2000, p. 271).

Assim, propõe uma ampliação do conceito de direito, que deve ser essencialmente renovadora. Segundo o autor, “ela não pode ser encontrada, integralmente, em nenhuma doutrina preexistente [...]. A concepção do direito deverá ser libertada de todo resíduo de transcendência e de absoluto, praticamente de todo fanatismo moralista” (GRAMSCI, 2000, p. 28).

Gramsci destaca, então, que no conceito de direito devem ser incluídas

[...] aquelas atividades que hoje são compreendidas na fórmula ‘indiferente jurídico’ e que são de domínio da sociedade civil, que atua sem ‘sanções’ e sem ‘obrigações’ taxativas, mas que nem por isso deixa de exercer uma pressão coletiva e de obter resultados objetivos de elaboração nos costumes, nos modos de pensar e de atuar, na moralidade, etc. (GRAMSCI, 2000, pp. 23-24).

Como o principal interesse aqui é refletir sobre o direito na sociedade capitalista, destaca-se que Gramsci o considera enquanto expressão da classe dirigente, como assinalado abaixo.

O direito não exprime toda a sociedade (pelo que os violadores do direito seriam seres anti-sociais por natureza, ou deficientes mentais), mas a classe dirigente, que 'impõe' a toda a sociedade aquelas normas de conduta que estão mais ligadas à sua razão de ser e ao seu desenvolvimento. A função máxima do direito é esta: pressupor que todos os cidadãos devem aceitar livremente o conformismo assinalado pelo direito, de vez que todos podem se tornar elementos da classe dirigente; no direito moderno, portanto, está implícita a utopia democrática do século XVIII (GRAMSCI, 2000, p. 249).

Assim, a chave para que se compreenda a vinculação orgânica entre Estado e direito se daria a partir da noção de que, se o Estado é soberano – “a própria sociedade organizada” –, então não pode ter limite jurídico, uma vez que não pode se autolimitar nem ser limitado pelos direitos públicos subjetivos. Desta forma, “o direito positivo não pode constituir limite ao Estado porque pode ser modificado pelo Estado, a qualquer momento, em nome de novas exigências sociais, etc.” (GRAMSCI, 2000, pp. 204-205).

Interessante notar que Gramsci considera a possibilidade de existência do direito, uma vez livre das forças da ideologia capitalista que lhe davam sentido, após a superação do sistema do capital, indicando a sua permanência a partir de uma configuração inteiramente nova, que supere aquelas amarras. Assim, afasta-se ligeiramente das concepções mais pessimistas, por assim dizer, sobre o direito, como aquelas encontradas em Marx e em Pachukanis, que o compreendem como parte estrutural do capitalismo.

Faz-se necessário, ao realizar esta análise crítica do direito – e do Estado em si – refletir sobre seus limites enquanto parte funcional da estrutura da sociedade capitalista. Compreender estas limitações e condicionalidades é fundamental para que seja suplantada qualquer ilusão de um direito imparcial ou supraclassista, e assim sejam colocadas no horizonte perspectivas de superação do Estado e do direito, como visto acima.

Lyra Filho (1986, p. 8-9), ao distinguir lei e direito, a partir de uma leitura marxiana, afirma o seguinte:

A lei sempre emana do Estado e permanece, em última análise, ligada à classe dominante, pois o Estado, como sistema de órgãos que regem a sociedade politicamente organizada, fica sob o controle daqueles que comandam o processo econômico, na qualidade de proprietários dos meios de produção. [...] a identificação entre Direito e lei pertence, aliás, ao repertório ideológico do Estado, pois, na sua posição privilegiada ele

desejaria convencer-nos de que cessaram as contradições, que o poder atende ao povo em geral e tudo o que vem dali é imaculadamente jurídico, não havendo Direito a procurar além ou acima das leis.

Deste modo, entende-se aqui que a judicialização é marcada pela lógica capitalista, que inaugura a ideia de *sujeito de direito* como uma das bases estruturantes do modo de produção capitalista, uma vez que viabiliza, em sua origem, a legalidade que autoriza a compra e venda da força de trabalho em uma perspectiva de igualdade legal, ou contratual, entre trabalhador e capitalista e, na atualidade, complexifica-se na mistificação da lógica do direito do consumidor, por exemplo, que aqui poderia ser traduzida no ideal de acesso a direitos e serviços que estariam supostamente garantidos universalmente.

Agora que já foram dados os primeiros passos nos debates sobre o direito e o Estado, o que dizer sobre o tão proclamado “Estado Democrático de Direito”?

Guerra (2011, p. 43) destaca que os direitos, resultado histórico de processos que envolvem a dialética concessão-conquista, servem como instrumentos de consenso social, tendo no Estado de direito “o seu mais fiel guardião e meio de exercer sua hegemonia e garantir sua legitimidade sobre a sociedade”. Sendo assim, o conceito de Estado de Direito esconderia a relação orgânica entre Estado e capital.

Pachukanis também compreendia a noção de Estado Democrático de Direito como uma ficção, ainda que extremamente funcional, como recorda Nascimento (2015). Segundo este autor, nas teorias do estado de direito,

o fato de figurar comumente o próprio estado como sujeito de direito torna-o um ente, sobretudo, normativamente estatuído. Ideia também presente em quase todas as teorias políticas modernas, implica dizer que a legitimidade das ações do estado advém do fato de este se submeter à forma jurídica e à legalidade (NASCIMENTO, 2015, p. 81).

Assim, é possível afirmar com Oliveira (2015, p. 54) que “O capitalismo e sua forma política estão organicamente articulados à forma jurídica, a sua estrutura se efetua a partir desta característica”, qual seja, a de ser o Estado “um Estado de Direito, com características relevantes como a soberania do Estado nacional, a unidade no ordenamento jurídico, divisão dos poderes estatais”.

De acordo com este mesmo autor,

O Direito é o valor político e jurídico e fundamental do Estado burguês. A igualdade formal dos cidadãos perante a uma lei genérica e impessoal – seu reconhecimento e a proteção dos direitos individuais, civis e políticos – tornou-se a base ideológica essencial para a manutenção do sistema do capital. Este Estado de Direito constitucional é que dá a base para a democracia representativa [...] A organização formal do Estado capitalista necessita de uma ordem jurídica e política para integrar-se. Com o Estado de Direito tem-se uma constante ampliação e aprimoramento da ação administrativa do Estado, principalmente na criação de instrumentos burocráticos de intervenção e regulação das relações sociais da sociedade nos dias atuais (OLIVEIRA, 2015, p. 56).

Mészáros é outro autor que consegue traduzir a relação direito x Estado de modo esclarecedor:

A verdade subjacente mais profunda e a determinação causal dessas questões – válidas para *todos os Estados*, incluindo o habitualmente idealizado ‘Estado democrático moderno’ – é que *o direito é a base do poder [right is might] porque o poder é que estabelece o direito [might is right]*, e não o contrário, como é infundadamente postulado até mesmo por alguns defensores genuínos da teoria liberal (MÉSZÁROS, 2015, p. 49 – grifos no original).

Deste modo, “o Estado age/atua através do Direito. O exercício dos poderes públicos através do Direito significa que o mesmo só pode efetivar-se por meio de instrumentos jurídicos institucionalizados pela ordem jurídica” (OLIVEIRA, 2015, p. 57).

Hoje, o Estado Democrático de Direito está fincado, no Brasil, no tripé Mídia, Ministério Público, Polícia Federal, conforme Vianna já avaliava em 2009, em entrevista à revista Estudos Avançados. De acordo com o autor, estes três entes da República atuam juntos, configurando-se uma “presença explosiva na vida republicana brasileira” (VIANNA, 2009, p. 53), o que pode ser percebido através do fato de que os casos mais evidentes, notórios e mobilizadores da opinião pública são decorrentes da ação dos três, sob a alegação da luta pela moralidade e a criação de virtudes republicanas. O grande problema deste processo, segundo o mesmo, é que estas questões deixam de ser assunto dos partidos e da sociedade organizada e “passa a ser assunto de corporações do Estado e da mídia, que *não estão sujeitas a quaisquer mecanismos de controle social*” (VIANNA, 2009, p. 53 – grifo nosso)¹¹⁹.

¹¹⁹ Este fator caracteriza também aquela democracia blindada (DEMIER, 2017), reforçando a impermeabilidade dos governos atuais às demandas populares.

Assim, como lembra Hollanda et. al. (2018, p. 7), “nos espaços institucionais formais, os três poderes disputam fronteiras e precedência. Fora deles, imprensa e grande público agem e reagem de maneira vigorosa.” Sierra (2014, p. 31) destaca, sobre o assunto, que a Constituição em vigência “atribuiu aos juízes a função de controle de constitucionalidade das leis”, o que gera críticas ao Poder Judiciário, uma vez que suas decisões provocam efeitos “sobre o planejamento e a gestão das políticas sociais”.

A partir da Constituição de 1988, como destaca Barroso (2009, p. 35),

as normas constitucionais deixaram de ser percebidas como integrantes de um documento estritamente público, mera convocação à atuação do Legislativo e do Executivo, e passaram a desfrutar de aplicabilidade direta e imediata por juízes e tribunais.

Isto quer dizer que houve uma alteração na forma como se encaram os direitos instaurados pela Constituição de 1988, já que, uma vez previsto constitucionalmente, um direito fundamental¹²⁰ torna-se exigível, inclusive mediante ação judicial, como destaca o mesmo autor (BARROSO, 2009). A denominada judicialização da saúde, a partir deste trânsito no modo como são tratados os direitos fundamentais no Brasil, acaba por ser encarada de forma naturalizada como fruto da ineficácia e/ou omissão do Estado, como afirma Oliveira (2015, p. 13), tendo ainda como uma de suas características e efeitos a individualização das demandas perante o Estado.

Vianna (2009, p. 54) alerta para o fato de que “por trás de cada projeção de influência do Judiciário sobre a sociedade e a política está o Poder Legislativo, pois cauciona, desvenda, abre essas fronteiras de atuação nova para o Judiciário.” De acordo com o autor,

essa presença do direito na política e na vida contemporânea é um fenômeno inarredável, sendo que não podem ser obscurecidos os elementos interessantes que aí aparecem. Pois surgem novas arenas para a vida democrática fora da representação política no mundo da representação funcional, pois o Judiciário faz parte do mundo da representação funcional. Surgem novas possibilidades, através de formas cada vez mais francas de acesso à Justiça e de mecanismos cada vez mais manipuláveis – como a

¹²⁰ Trindade (2019, s.p.), de forma sucinta, apresenta o seguinte conceito de direitos fundamentais: são “os direitos considerados básicos para qualquer ser humano, independentemente de condições pessoais específicas. São direitos que compõem um núcleo intangível de direitos dos seres humanos submetidos a uma determinada ordem jurídica”.

ação civil pública – para que a sociedade participe da elaboração do direito. É um fenômeno que já existe e atua (VIANNA, 2009, p. 54).

De fato, o que se observa é que a judicialização da saúde no Brasil tem “reconfigurado drasticamente as responsabilidades dos poderes para o estabelecimento de políticas públicas que atendam aos critérios de universalidade, integralidade e descentralização” (ASENSI, 2013, p. 813).

De acordo com Barroso (2012, p. 24),

judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo – em cujo âmbito se encontram o Presidente da República, seus ministérios e a administração pública em geral. Como intuitivo, a judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade.

2.2 Oncologia, judicialização do acesso à saúde e serviço social

O Brasil vivencia nos últimos tempos um processo de transição epidemiológica¹²¹, caracterizado por uma “diminuição das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e, ao mesmo tempo, aumento da incidência de doenças crônico degenerativas, com destaque para as doenças cardiovasculares e o câncer” (SILVA, 2010, p. 176). Ainda assim, as doenças crônico-degenerativas, marca de sociedades com maiores expectativas de vida, coexistem no país com antigos problemas de saúde, como as hepatites B e C e índices crescentes de casos de tuberculose, por exemplo.

¹²¹ Os números que dimensionam tal processo, como não pode deixar de ser lembrado, têm sido utilizados de forma a justificar propostas como a da contrarreforma da Previdência, em pauta no Congresso Nacional desde o governo – ilegítimo – de Temer, atualmente com contornos mais definidos, sob forte pressão sobretudo do capital bancário / financeiro em prol de sua aprovação, efetivada através da EC 103, de 12 de novembro de 2019. Como justificativa para esta contrarreforma, além de tomar a transição demográfica, o governo aponta ainda um suposto déficit na Previdência, argumento rebatido em variados estudos acadêmicos e artigos, como Granemann (2016) e Garcia (2019). Não se deve deixar de recordar, ainda, que, ao tratar o aumento da expectativa de vida no Brasil, há que se considerar as diferenças regionais, tanto no que se refere às grandes regiões do país, quanto dentro de grandes cidades, onde essas taxas, quando se consideram as populações das periferias, caem consideravelmente.

Grande desafio se impõe ao se deter em uma das doenças que mais vitimizam no Brasil, conforme mencionado no capítulo 1. De acordo com dados de 2016, extraídos do Sistema de Informação de Mortalidade¹²², o câncer representa 16,43% do total das causas de morte no Brasil, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório, com 27,64%.

A elaboração de uma norma específica como a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, conhecida como a “Lei dos 60 Dias”, mencionada no capítulo anterior, pode ser considerada, como foi dito, o reconhecimento pelo governo da magnitude que tem ganhado a doença nos dias atuais, ainda que sua detecção precoce, condição para que se obtenham melhores chances de sobrevivência, seja cotidianamente negada às classes subalternas, em decorrência das dificuldades no acesso a exames e consultas especializadas, agravadas pela pandemia, sobretudo no seu período inicial.

O investimento em propostas de combate ao câncer envolve todos os níveis de atenção à saúde, indo da atenção básica até a realização de exames, tratamentos adequados e atenção hospitalar. Isto porque muitos tratamentos exigem a internação para a realização de quimioterapias e cirurgias, como parte do processo de tratamento, além do acompanhamento ambulatorial. Há, porém, que se ter o cuidado de garantir o suporte também no território, com o estabelecimento de redes institucionais de apoio ao(à) usuário(a), a fim de proporcionar um cuidado integral ao(à) mesmo(a).

Todavia, na contramão, o que se verifica no Brasil, é o domínio do modelo hospitalocêntrico, conforme indica levantamento referente à cobertura do SUS, realizado entre 1995 e 2003: “apesar do aumento extraordinário na produção de serviços básicos, cabe reconhecer que no geral o perfil de oferta de serviços revela a reprodução, em escala ampliada, do modelo médico, assistencial, hospitalocêntrico” (TEIXEIRA; SOLLA, 2016, p. 158).

Matos (2017, p. 52) apresenta esta problemática articulando-a ao trabalho do(a) assistente social¹²³ na área da saúde. Afirma o autor:

¹²² Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 04 mar. 2019.

¹²³ Sem a pretensão de entrar no debate, destaca-se aqui a compreensão do serviço social enquanto trabalho, na perspectiva traduzida por Iamamoto (2008, p. 429): “o trabalho é atividade de um sujeito vivo, enquanto realização de capacidades, faculdades e possibilidades do sujeito trabalhador. Existe,

Enfim, com o hospital estão dadas as bases de que até hoje conhecemos sobre as práticas em saúde nos serviços: adoção de um conhecimento absoluto, formal e abstrato detido pelo saber do médico, o hospital quase como referência exclusiva para a assistência à saúde; a parcialização do trabalho em saúde, sob gerência do médico; a medicalização excessiva para a assistência em saúde; e um modelo biologizante de atenção à saúde.

É importante destacar que há um debate em curso sobre a questão da universalidade no acesso à saúde no Brasil. Já foi tratado em capítulo anterior o conceito de universalização excludente, porém é fundamental ter em vista a necessidade de problematizar o tema levando-se em consideração os interesses econômicos privatizantes, ou seja, o que está colocada em xeque, atualmente, é a saúde como política gratuita. Isto quer dizer que as propostas políticas de custeio direto à saúde, sobretudo através da saúde suplementar, por “aqueles que podem pagar” escamoteiam tanto o fato de serem estas estratégias privatizantes – a motivação apresentada sempre recai na viabilidade financeira do sistema – quanto a sua “desuniversalização”, se assim é possível denominá-la. Deste modo, o problema central que deve ser apresentado ao se debruçar sobre a temática deve ser a questão da privatização, e não da universalização, uma vez que no discurso oficial defende-se que a universalidade do sistema de saúde será mantida, lembrando que uma política pública e universal pode não ser necessariamente gratuita, de acordo com o atual modelo de sociedade.

Asensi (2013, p. 811) aponta duas características importantes para a presente reflexão, quanto à inserção do Judiciário nas estratégias de reivindicação de direitos sociais no Brasil. Segundo ele, a “forte judicialização das relações sociais encontra-se ancorada na percepção dos cidadãos do Judiciário como forma privilegiada de resolução de conflitos e efetivação de direitos”, o que indica que a população, de modo geral, estaria tendo acesso a informação e acesso à Justiça.

Quando se trata da população em geral, pesquisas¹²⁴ têm indicado, de fato, que a grande maioria das ações são iniciadas por Defensorias Públicas, por pessoas com renda até um salário mínimo, e média de escolaridade o Ensino Fundamental

sim, um trabalho do assistente social e processos de trabalho nos quais se envolve na condição de trabalhador especializado”.

¹²⁴ Diniz et. al., 2014; Biehl; Petryna, 2016; Silva, 2016.

Completo. Asensi (2013, p. 819), porém, destaca que “em função dos obstáculos culturais e socioeconômicos do direito à saúde é colonizada predominantemente por um perfil de classe média”.

No caso do INCA, pesquisa realizada no ano de 2015, como Trabalho de Conclusão de Residência, apontou que, dos(as) usuários(as) matriculados(as) por via judicial entre janeiro e junho, quase 90% acessou o Sistema Judiciário através da Defensoria Pública – ou do estado do Rio de Janeiro ou da União – o que indica a baixa renda dos(as) solicitantes. Destes(as), ainda, quase 60% tinham apenas o Ensino Fundamental (34,38% completo e 25% incompleto), o que também retrata a baixa instrução escolar deste público. (SILVA, 2016).

Oliveira (2015, p. 145) expõe que a Constituição Federal de 1988 trouxe avanços significativos a partir da concepção de uma política de saúde universal e gratuita, concretizada no SUS. Ressalta, porém, que a política de ajuste neoliberal que se segue, com a defesa de um Estado que se caracterize pela “eficiência, o controle dos resultados, o cumprimento de metas e a redução dos custos” acaba por estabelecer “uma lógica gerencial e minimalista para as políticas públicas”, indo de encontro ao que se propunha na Constituição de 1988. Esta redução do Estado no que se refere às políticas sociais, de acordo com o autor, acaba induzindo o recurso ao Poder Judiciário, o que acarreta também uma retração da luta por direitos sociais na arena política.

Este movimento se dá em consonância com o estabelecimento do neoliberalismo como estratégia de manutenção do sistema capitalista, a partir da década de 1970, como visto no primeiro capítulo. Harvey (2005, p. 77) esclarece que a teoria neoliberal está centrada no regime de direito e na interpretação estrita da ordem constitucional, o que determina que o conflito e a oposição devem ser mediados pelos tribunais. Assim, diz o autor, “soluções e remédios para todo e qualquer problema devem ser buscados por meio do sistema legal”.

Na mesma direção, Brito (2012, p. 433) sinaliza que a judicialização pode ser considerada uma representação social que acaba por naturalizar uma hegemonia do Poder Judiciário, em especial do STF, que, ao atuar interventivamente, ativamente, apresenta-se como “única ou última arena decisória e legítima na resolução de conflitos sociais e políticos, em temas cuja repercussão social demandaria decisões exercidas por mecanismos da democracia direta ou representativa”. Um dos corolários

deste processo, que recorta e despolitiza as expressões da “questão social” ao levá-las ao Poder Judiciário, como recorda Oliveira (2015, p. 183),

é justamente a de fazer com que não sejam percebidos em sua totalidade, como parte integrante e umbilicalmente ligada ao movimento contraditório do capitalismo; como uma manifestação de uma situação somente: aquela relação entre os detentores dos meios de produção e os que apenas detêm a sua força de trabalho.

Há um grande debate em curso, como mencionado, sobre a questão da sobreposição dos três poderes, adjudicando-se ao Poder Judiciário funções de controle dos poderes políticos, conforme expõem Vianna et. al. (1999, p. 21). Questões como o julgamento pelo Supremo Tribunal Federal (STF) que decidiu, em março de 2020, pela não obrigatoriedade de fornecimento pelo Estado de medicamentos de alto custo que não estejam registrados em lista do SUS, após anos de tramitação. Casos como este trazem à tona dois eixos inter-relacionados deste tipo de conflito: um diz respeito à natureza do Poder Judiciário, que não estaria, segundo alguns autores, nem apto nem capacitado para decidir sobre a alocação de recursos públicos (RIBEIRO, 2014, p. 82); outro se refere à investidura do Judiciário de um papel de “legislador implícito” (VIANNA et. al., 1999, p. 21).

Vale recordar aqui o debate sobre o ativismo judicial, apresentando algumas reflexões sobre o tema. Há autores que consideram o ativismo judicial como sinônimo de judicialização da política, a exemplo de Brito (2012, p. 433-434), que o define como “a hegemonia e o papel ativo do Poder Judiciário de decidir sobre temas de grande interesse político e social, afastando o Poder Legislativo, o Poder Executivo ou a sociedade civil por meio dos mecanismos da democracia direta”. O autor complementa, designando judicialização da política como

modo de concretização de direitos, pela expansão de suas atribuições em decorrência das omissões do Poder Legislativo na regulamentação da Constituição ou da administração pública em assegurar a implementação de direitos e a execução de políticas públicas (BRITO, 2012, p. 434).

Barroso (2012, p. 25) irá distinguir judicialização de ativismo judicial, apresentando o primeiro como decorrência do modelo constitucional adotado, enquanto o ativismo judicial envolveria “uma atitude, a escolha de um modo específico e proativo de interpretar a Constituição, expandindo seu sentido e alcance”. Sua

compreensão sobre a temática aproxima-se da de José Ribas Vieira (2009, p. 48), que aprofunda a crítica, destacando que o caso brasileiro caracterizaria um ativismo jurisdicional, distanciando-se da visão americana clássica de ativismo judicial, ou da judicialização em si. Deste modo, o autor esclarece que este procedimento adotado por parte dos integrantes do STF se trata de uma construção, a partir das decisões mais relevantes, que objetivaria de modo precípua o alargamento da sua competência institucional e não a concretização de direitos. De acordo com o mesmo, o magistrado ou o tribunal que em suas decisões busca suprir omissões dos demais poderes, sejam elas reais ou aparentes, também se enquadram na definição de ativistas. Um exemplo apresentado, talvez o mais comum, e que também condiz com a presente reflexão, é o de decisões voltadas à concretização de políticas públicas, como mencionado acima por Brito, ou ainda, à “regulamentação das regras do jogo democrático” (VIEIRA, 2009, p. 48). Outro exemplo diz respeito ao julgamento da Ação Penal nº 470, conhecida como “mensalão”, em 2012-2013, que, de acordo com Cardoso (2020, p. 28), inaugurou um ativismo judicial que teria feito do Judiciário a principal força política do país, “com impactos perversos para as demais instituições democráticas, em especial o sistema partidário que sustentou o pacto constitucional, abrindo caminho para ‘outsiders’”.

Cardoso traz ainda uma importante análise do que denomina incremento da tutela da democracia brasileira pelo STF nos últimos anos, “de tal modo que todos os atores relevantes do processo político passaram a se mover e a se relacionar uns com os outros tendo o Judiciário como o avalista em última instância das petições de validade das ações públicas” (CARDOSO, 2020, p. 163). Deste modo, critica veementemente o órgão, na medida em que desprezaria sua função primordial de guardião da Constituição, por ações e por omissões, sobretudo no que se refere às ilegalidades concernentes à Lava Jato. Este ativismo, aqui direcionado ao PT e partidos coligados estendeu-se a todo o sistema partidário, chegando ao Congresso Nacional, Assembleias Legislativas e poderes executivos das três esferas da federação.

Todo este processo culmina basicamente em dois movimentos que moldaram o momento político atual no Brasil, segundo Cardoso (2020): a) a queda generalizada da confiança da população nas instituições entre 2017 e 2018, conforme indicou o Índice de Confiança Social – ICS, do IBOPE; b) o golpe de 2016, que teve como aliado

o Judiciário, por atos e omissões, e colocou o Brasil em sintonia com o movimento mais geral de enfraquecimento das democracias ocidentais pelo neoliberalismo financeiro. Iasi (2021, s.p.), em sintonia com a lógica compreensiva adotada na presente tese, recorda em texto de análise da conjuntura atual¹²⁵, que

As classes dominantes e suas personificações políticas, midiáticas, jurídicas, operam um sofisticado esquema que navega dentro e fora da institucionalidade e mesmo da legalidade, estão sempre preparadas e dispõem de recursos para garantia da ordem. Quando acreditaram ser necessário operaram um golpe fundado em um escandaloso casuísmo jurídico, seja pelo pretexto das pedaladas que afastaram a presidente eleita em 2014 ou a farsa jurídica que afastou o ex-presidente Lula da disputa eleitoral de 2018.

Neste sentido, não se pode perder de vista, como se buscou demonstrar na seção anterior, o caráter de classe que permeia as instituições capitalistas e os interesses que as informam, ainda que sobre bases que aliam coerção e consenso.

Retomando o cerne do debate em questão, vale dizer que, a despeito destes retrocessos, a saúde, como recorda Fleury (2012, p. 159), ainda é assumida “[...]sem requisitos de contribuição prévia ou prova de incapacidade[...]”, sendo assim, o seu exercício passaria a “[...]depende das necessidades dos indivíduos e das condições asseguradas pelo Estado para que o direito na lei se transforme em direito em exercício”. Saúde é, portanto, um direito universal garantido por políticas públicas, e se o Estado, responsável por esta garantia, não está cumprindo com este dever constitucional, o Judiciário tem sido acionado para atuar na sua efetivação.

Neste sentido, é importante destacar que Asensi (2010, p. 35) aponta que a saúde, enquanto direito fundamental e dever do Estado, possui em sua natureza uma dupla dimensão: direito-dever. O autor recorda também que o “direito à saúde, enquanto direito fundamental, se insere na categoria dos chamados direitos de titularidade difusa e coletiva¹²⁶(2010, p. 63)”. Muito comum que se recorra à Justiça, porém, de forma individual, gerando o que Castro (2012) sinaliza como motivador de

¹²⁵ Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2021/08/25/um-golpe-em-marcha/>>. Acesso em: 28 ago, 2021.

¹²⁶ “Os direitos *coletivos* e *difusos* são metaindividuais porque atingem grupos que têm algo em comum, e não pertencem a uma pessoa isolada, nem a um grupo delimitado de pessoas. O direito ao meio ambiente, por exemplo, é um direito desta natureza, pois não diz respeito a uma pessoa singular ou a um grupo específico, mas a toda a humanidade, sob pena de ser visto como um privilégio” (ASENSI, 2012, p. 63 – grifos no original).

um potencial conflito entre direito individual e o direito coletivo à saúde. Isto porque, segunda a mesma autora, “a satisfação do direito individual pode, muitas vezes, atingir e prejudicar o direito à saúde da coletividade” (CASTRO, 2012, p. 289).

Outra característica apontada por Asensi (2013, p. 811), é a baixa influência do governo, no Brasil, na “determinação da atividade administrativa e gerencial do Judiciário, além de as políticas de governo serem amplamente suscetíveis ao controle judicial”. Isto ocorre uma vez que o direito à saúde, enquanto direito fundamental, tem caráter de eficácia plena, constitui-se cláusula *pétrea* no âmbito constitucional, de acordo com este mesmo autor, por estar associada diretamente ao direito à vida e, ademais, insere-se na categoria dos direitos de titularidade coletiva, o que leva ao debate quanto às demandas individuais para políticas públicas voltadas à coletividade (RIBEIRO, 2014, p. 79).

Faz-se necessário mencionar neste momento a discussão sobre o modo como as buscas por soluções individualizadas para a garantia do direito à saúde pode afetar toda a coletividade, uma vez que o gasto com este indivíduo pode dificultar a implementação de políticas para a coletividade. É neste sentido que duas teorias têm sido utilizadas para justificar a necessidade e os riscos das ações judiciais para casos individuais: a teoria do mínimo existencial e a teoria da reserva do possível.

A teoria do mínimo existencial formulada por Rawls (2005), muito utilizada para justificar decisões judiciais, indica que, antes de se falar no exercício dos direitos e liberdades fundamentais, deve-se pressupor a satisfação das necessidades básicas, como alimentação, saúde etc. Neste sentido, Weber (2016, s.p.), destaca que essa explicitação traz consigo “a necessidade de uma concepção de justiça dever incluir um mínimo existencial na formulação de seus princípios, sobretudo quando trata da garantia e promoção dos direitos fundamentais e de seu fundamento, a dignidade humana”. Deste modo,

A concepção dos direitos fundamentais, especificamente, do direito à saúde, deve buscar a maior eficácia social através da concretização da justiça distributiva que beneficie os menos favorecidos, e não apenas uma sociedade que visa maximizar o saldo líquido de satisfações, em detrimento dos direitos de alguns que estão num patamar inferior. [...] A melhor concepção capaz de garantir a justiça distributiva proposta por John Rawls consiste em conceber o direito à saúde como um direito fundamental individual, garantindo ao cidadão o direito de exigir tal direito judicialmente, visto que há princípios e valores que jamais podem ser sacrificados (MARTINS, 2015, p. 326).

Já a teoria da reserva do possível, de origem na doutrina alemã, é definida por Ribeiro como aquela que visa resguardar o Estado do esgotamento dos seus recursos financeiros. Esta teoria não se refere exclusivamente à existência de recursos, mas à “razoabilidade da pretensão” (RIBEIRO, 2014, p. 90), e tem sido utilizada como argumento nas decisões judiciais como justificativa ao indeferir pedidos. A mesma autora lembra, porém, que este discurso tem sido utilizado pelo Estado, em juízo ou não, de forma corriqueira, sem comprovação desta carência de recursos, de forma geral e abstrata.

Contraopondo-se a esta argumentação, Fleury (2012, p. 160) ressalta que tendências baseadas na reserva do possível não devem ser levadas em consideração, uma vez que tornariam a democracia inviável, “ao subordinar os direitos sociais à lógica da acumulação financeira, drenando os recursos públicos por meios de juros da dívida”.

Voltando à política de saúde no Brasil, tem-se, por um lado, seu estabelecimento como pública, universal e gratuita, conforme definido na Constituição Federal de 1988, e organizada através das diretrizes e princípios do SUS, um dos sistemas mais avançados no mundo. Por outro lado, esta política tem sofrido com um processo de sucateamento que se aprofunda nos últimos anos, parte de um projeto que envolve subfinanciamento crônico, incentivo à privatização de serviços e à saúde suplementar e problemas graves na gestão de recursos, agravados por mecanismos como as organizações sociais e a terceirização, inclusive de atividades-fim. A conjuntura que se apresenta, marcada pela implementação de políticas neoliberais, acaba, portanto, dificultando ainda mais o acesso da população pobre aos recursos do SUS, sobretudo no que se refere à alta complexidade, motivando, como alternativa para o acesso, a judicialização, a busca pela via judicial como forma de garantir o direito à saúde.

De acordo com Sarlet (2002, p. 347), “[...] o direito à saúde [...] é também (e acima de tudo) um direito a prestações, ao qual igualmente deverá ser outorgada a máxima eficácia e efetividade”¹²⁷. Barroso (2009, p. 36) afirma que a doutrina da efetividade tem como essência “tornar as normas constitucionais aplicáveis direta e

¹²⁷ De acordo com José Afonso da Silva (2002, p. 66), “uma norma pode ter eficácia jurídica sem ser socialmente eficaz, isto é, pode gerar efeitos jurídicos, como, por exemplo, o de revogar normas anteriores, e não ser efetivamente cumprida no plano social”.

imediatamente, na extensão máxima de sua densidade normativa”, ressaltando que novos patamares foram alcançados no âmbito do constitucionalismo brasileiro, com o estabelecimento da normatividade e a efetividade, a partir de 1988. O autor evoca, ainda, no mesmo texto, o mínimo existencial como elemento essencial dos direitos fundamentais, juntamente com a liberdade e a igualdade¹²⁸, que deve corresponder “às condições elementares de educação, saúde e renda que permitam em uma determinada sociedade, o acesso aos valores civilizatórios e a participação esclarecida no processo político e no debate público” (BARROSO, 2009, p. 38).

Ao abordar o debate sobre os direitos fundamentais, há que se levar em conta também o princípio da proibição de retrocesso, cláusula que busca evitar que o legislador revogue, em parte ou no todo, “uma ou mais normas infraconstitucionais que concretizaram o direito à saúde constitucionalmente consagrado” (SARLET, 2002, p. 346). Porém, a despeito desta garantia, a conjuntura atual demonstra que esta cláusula tem sido sobrepujada, quando, por exemplo, a questão da gratuidade do SUS é colocada em risco na própria pasta, como o caso do ex-ministro Luiz Henrique Mandetta, que permaneceu no cargo entre 1º de janeiro de 2019 e 16 de abril de 2020. Mais uma vez, destaca-se aqui a prevalência de interesses econômicos – Mandetta foi presidente da UNIMED Campo Grande / MS entre 2001 e 2004 e teve sua campanha para deputado federal em 2014 bancada, entre outras empresas, pela AMIL – sobre direitos a princípio garantidos constitucionalmente.

A realidade que se apresenta no nosso país é marcada pelo que Barata (2009, p. 53) denomina “desigualdades sociais em saúde”, que se exprimem como “manifestações de determinantes sociais do processo saúde-doença”. Expõe, ainda, que os “desfechos de saúde não são específicos a nenhuma causa em particular, mas o resultado de processos sociais nos quais interferem inúmeras mediações” e estas, portanto, devem ser consideradas ao se refletir sobre as demandas em saúde que chegam ao Judiciário.

¹²⁸ Bom mencionar aqui que Barroso compreenderá os conceitos de liberdade e igualdade de modo substancialmente diferente daquele apresentado na seção anterior, que remete a uma nova organização societária como condição para a sua efetiva realização, sendo para ele o primeiro “a autonomia da vontade, o direito de cada um eleger seus projetos existenciais” e o segundo “o direito de ser tratado com a mesma dignidade que todas as pessoas, sem discriminações arbitrárias e exclusões *evitáveis*” (BARROSO, 2009, p. 38 – grifo nosso).

Asensi (2010, p. 48) apresenta a juridicização como estratégia do Judiciário para evitar a judicialização. A juridicização se caracteriza, assim, pelos “conflitos que não são levados ao Judiciário, mas que são discutidos sob o ponto de vista jurídico, principalmente em momentos pré-processuais pelo MP [Ministério Público]”, e a segunda distingue os “conflitos que são levados ao Judiciário na forma de ação civil pública ou algum outro instrumento processual”.

Asensi (2010, p. 48-49, grifos no original), com base em experiência do Ministério Público (MP)¹²⁹, apresenta cinco dimensões da juridicização que têm também contribuído enquanto espaços de efetivação de direitos existentes e de construção de novos direitos que se apresentam resumidas no seguinte: 1) predominância da ideia de *consenso pelo diálogo* (em detrimento da decisão definitiva de um determinado conflito no caso de judicialização); 2) busca por estratégias de execução pró-ativa de políticas públicas (ao invés do monopólio do poder de legislar que marca a judicialização); 3) incorporação da sociedade civil para a formulação de consensos efetivamente plurais (em contraposição à proeminência do Judiciário na definição de direitos da judicialização); 4) maior pluralidade de atores e instituições no processo de interpretação constitucional (opondo-se a um controle de constitucionalidade restrito aos órgãos de cúpula, como o Supremo Tribunal Federal e os Tribunais Superiores, que marcaria a judicialização); 5) procura-se, por princípio, considerar as especificidades dos contextos em que as demandas estão inseridas a fim de garantir a efetividade da satisfação das demandas (diferente da judicialização, em que chegam ao Judiciário as demandas sob forte influência do princípio da separação de poderes).

Ainda remetendo à noção de juridicização, um outro dado a ser mencionado no que se refere à sobrecarga causada pela judicialização das políticas públicas nos órgãos do Poder Judiciário, diz respeito a algumas estratégias que têm sido utilizadas para minimizar o excesso de processos judiciais.

Neste sentido, o site do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) apresenta uma série de notícias que abordam o trabalho do órgão no combate à crescente

¹²⁹ Importante esclarecer, nos termos do autor (2010, p. 37), que o MP “é uma instituição dinâmica de garantia e efetivação de direitos, haja vista não precisar ser provocado para atuar em prol de sua concretização”. Expõe, ainda, que o MP “é uma instituição autônoma e, conseqüentemente, não se encontra submetido a nenhum dos três Poderes que compõem tradicionalmente o Estado” (ASENSI, 2010, p. 38-39).

judicialização da saúde no Brasil, ressaltando a necessidade de estudos sobre o tema. Destaca-se a recente resolução do CNJ (BRASIL, 2016), que dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais, de Comitês Estaduais de Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda pública.

Outros exemplos são as experiências como as dos municípios de Araguaína / TO, Lages / SC e Brasília / DF, onde foram criados conselhos e efetivados consórcios intermunicipais entre os gestores, através de práticas inovadoras que envolvem sociedade civil, governantes e o próprio Judiciário, a fim de evitar o surgimento de demandas judiciais. Os trabalhos desenvolvidos nestas localidades têm como foco a prevenção e orientação da população, além de iniciativas de gestão compartilhada que facilitam a efetivação da política, evitando os agravos em saúde, em sua concepção ampliada.¹³⁰

Fleury (2012, p. 160) apontará, por sua vez, o potencial da judicialização para a efetivação do SUS, sinalizando que a luta não deve ser contra a judicialização em si, mas por evitar que essa se torne uma “fonte adicional de iniquidade”, uma vez que envolveria não só a problemática do acesso à saúde, mas também do acesso à Justiça. Outro aspecto importante apontado pela autora (ibid.) é o necessário apoio à “judicialização que garanta a tutela coletiva do direito à saúde, ainda mais quando este se encontra ameaçado com as investidas de interesses privados no interior do sistema público”.

Parte da polêmica reside na questão referente à possibilidade de indivíduos que aguardam, por exemplo, em longas filas de espera por atendimento no SUS, serem prejudicados ao perderem a vez para alguém que foi inserido no sistema através do litígio. Ao se pensar, portanto, em estratégias de incentivo às ações de caráter coletivo, conforme apontado acima, haveria menores possibilidades de iniquidades no acesso ao sistema de saúde. Estes aspectos poderiam ser, assim, considerados alternativas mais eficazes de solução de demandas, como aquele do acesso à alta complexidade do SUS, sobrepondo-se ao tradicional tratamento que se dá aos pleitos que, a princípio seriam tomados no mero âmbito litigioso e de forma individualizada.

¹³⁰ Estes casos estão relatados em publicação do CNJ (2015).

Tomando em consideração as reflexões já elaboradas quanto ao tratamento dado à “questão social”, historicamente, no Brasil, sobretudo a partir da abolição formal da escravidão, quando a mesma era alvo de política e, posteriormente, caso de política, não seria possível sugerir que atualmente estaria sendo tratada também como caso de Justiça? Se isto é verdade, ao menos em parte, e a “questão social” é considerada, como visto, o objeto de atuação do serviço social, impõe-se aqui uma problematização da relação entre a profissão e a ampliação da judicialização no âmbito das políticas sociais. Ainda que a demanda pela judicialização para acesso a serviços e benefícios esteja cada vez mais presente no dia-a-dia dos(as) profissionais da área, são ainda muito escassos os trabalhos acadêmicos que abordam a temática. Isto posto, buscar-se-á neste momento trazer alguns elementos para subsidiar o debate.

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

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

Vários são os desafios que se colocam na prática cotidiana do(a) assistente social, e a judicialização para acessar o tratamento de uma doença como o câncer tem sido um dos que chamam a atenção no dia-a-dia institucional. Compreender, através de uma postura crítica, o modo como se desenvolvem esta e outras situações que são apresentadas como demandas destes usuários, possibilitará perceber as questões que as permeiam, e aqui é bom lembrar advertência de Ianni (2011, p. 402) que sinalizava que o ponto de vista crítico é “o único fecundo na pesquisa científica”.

Matos (2017, p. 67) apresenta como alguns dos “problemas” da área de saúde a pauperização, a velhice e a ausência de vínculos familiares, compreendidos como responsabilidade exclusiva do(a) assistente social. Esta cobrança, segundo o mesmo, expressaria duas reduções: “a primeira de pôr para o(a) assistente social a resolução de problemas que são próprios do capitalismo e, a segunda, a crença de que é

possível resolver esses problemas estruturais por meio de políticas sociais do capitalismo”, o que, como já visto, constitui-se mera ilusão.

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

O serviço social, como recorda Chuairi (2001, p. 137-138), ao ter sua atividade voltada às expressões da “questão social”, coloca a cidadania, a defesa, a preservação e a conquista de direitos como foco do seu trabalho, o que estabelece uma histórica interface com o direito, em uma perspectiva de garantia de direitos. Defende-se aqui, porém, que a ação profissional é marcada por contradições básicas, que dizem respeito ao intrínseco desafio posto pelo modo de produção capitalista, que, por sua natureza, não garante, como visto, que os direitos sociais legalmente previstos sejam viabilizados na prática ou tampouco figurem simplesmente como conquistas ou concessões permanentes, como mencionado no primeiro capítulo.

Matos destaca, ainda refletindo sobre a atuação profissional na área da saúde¹³¹, o quanto o Projeto ético-político do serviço social aproxima-se do projeto da reforma sanitária, na medida em que ambos têm uma concepção de mundo e de ser humano “com uma nítida vinculação a um projeto societário não capitalista, apontando para o socialismo como alternativa” (MATOS, 2017, p. 103), e acrescenta:

ambos os projetos têm pontos em comum: defesa dos direitos inalienáveis do homem, defesa do público, do Estado laico e democrático, dentre outros. Ambos os projetos são viáveis, uma vez que são frutos do solo histórico que vivemos mas, sem dúvida, apontam para a importância da superação do capitalismo. (MATOS, 2017, p. 103)

Recorda, porém, que o serviço social inicia a incorporação dos princípios da reforma sanitária apenas a partir dos anos 1990, e ainda há muito o que caminhar,

¹³¹ Vale recordar que a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 287, de 1998 inclui os(as) assistentes sociais no rol de categorias profissionais de saúde de nível superior.

uma vez que o cotidiano institucional traz muitos desafios. Alguns documentos elaborados pelo conjunto CFESS/CRESS tem auxiliado em grande medida no enfrentamento destes obstáculos¹³², trazendo contribuições valiosas para a efetivação desta aproximação da profissão com o projeto da reforma sanitária.

Não seria justo caminhar para o próximo capítulo sem antes mencionar também o importante papel desempenhado pelo serviço social no processo de construção do SUS e, com isto, a necessidade de seus profissionais debruçarem sobre temáticas específicas do campo. Este investimento acadêmico se justifica na medida em que a profissão encontra no campo da saúde, mais especificamente na política pública de saúde, consubstanciada no SUS: a) um de seus maiores empregadores no Brasil; b) princípios e diretrizes que se aproximam das propostas condensadas no projeto ético-político profissional; c) os(as) assistentes sociais que atuam na área encontram terreno repleto de desafios, mas também fértil em possibilidades de luta, resistência e construção de estratégias que somente através da pesquisa, da investigação qualificada encontram seu potencial para uma prática profissional atualizada e diferenciada teórico-metodologicamente.

De acordo com Sarreta e Bertani (2011, p. 34), o serviço social

vem produzindo conhecimentos e experiências para o enfrentamento dos desafios vivenciados nesta área, provocando o alargamento da prática profissional, que, associada à produção de conhecimentos e à qualificação profissional, vem legitimando o trabalho e ampliando as possibilidades de acesso e de inclusão social.

Ao voltar o pensamento ao momento atual de crise pandêmica, também é possível verificar produção acerca do trabalho profissional na saúde neste contexto, como, por exemplo, o texto de Matos (2021), levado a público em março de 2020, logo que a pandemia atinge o solo brasileiro. É um texto primoroso, que traduz não só os impactos iniciais para os(as) profissionais que atuam na área, com suas angústias e desafios encontrados, de modo geral, no cotidiano da prática, mas também aponta caminhos possíveis, em uma linguagem objetiva e acessível. O texto assinala a importância fundamental da profissão neste momento a partir de uma breve análise

¹³² Aqui nos referimos aos seguintes: “O Serviço social em hospitais: orientações básicas”, de 2009 (CRESS-RJ) e “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde”, de 2010 (CFESS).

da conjuntura, remete às publicações do conjunto CFESS-CRESS elaboradas sobre a temática até aquele momento, e levanta, por fim, indicações sobre as estratégias para o seu enfrentamento.

Este é um exemplo de preocupação em iluminar – a partir de reflexões pautadas no projeto ético-político profissional, que é, e deve ser, teórico e prático – as atividades do cotidiano, a fim de que não se percam no trefismo, na reprodução irrefletida das atividades diárias, ou no simples cumprimento de requisições institucionais que, muitas vezes, afastam das propostas contidas naquele projeto.

Ao tomar, portanto, o momento de pandemia, que teve início em dezembro de 2019, tendo se prolongado desde então, também é possível destacar alguns exemplos de como o processo de judicialização tem impactado na dinâmica hospitalar no Brasil. Com os protocolos estabelecidos para o enfrentamento da COVID-19 no HC I / INCA, foram realizadas muitas alterações nas rotinas institucionais, como, por exemplo, a proibição da permanência de acompanhantes para usuários(as) internados(as) que não contam com determinações legais que garantam sua presença. Assim, ainda que seja, na prática, fundamental a presença de acompanhantes em praticamente todos os casos, uma vez que o tratamento de câncer e a doença em si podem trazer limitações físicas e sequelas que independem da idade do(a) usuário(a) ou de um quadro mais específico de deficiência, alguns familiares tem encontrado apenas na Justiça uma forma de permanecer na instituição durante o período de internação.

Ainda outras várias implicações do contexto atual resvalam sobre a realidade que se apresenta aos profissionais no campo da saúde como, por exemplo, no que se refere à oncologia, o fechamento e/ou redução drástica de vagas para realização de diagnósticos, sobretudo em um primeiro momento da pandemia. Esta limitação agrava ainda mais o quadro de saúde daqueles(as) usuários(as) que conseguem chegar a um diagnóstico, o que faz com que cheguem à unidade sem possibilidade de tratamentos curativos, devido ao estágio avançado da doença.

Vale apresentar aqui alguns dados que explicitam a realidade apresentada, colhidos em pesquisa realizada entre 2018 e 2019 com responsáveis de usuários(as) da pediatria do HC I (SILVA; HORA; LIMA, 2020). No estudo foram apresentados os impactos sociais do tratamento na vida dos participantes, a partir da realização de entrevistas em dois momentos: na matrícula do(a) usuário(a) e após três meses. Os resultados comprovaram o quanto as condições socioeconômicas foram alteradas

apenas neste primeiro momento, com uma redução da renda familiar per capita, com um aumento de 25% para 63,6% dos participantes sobrevivendo na extrema pobreza com renda per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo do momento da admissão para o segundo momento da análise. Além deste dado, que chama a atenção, outros também foram identificados, como a redução de 52,2% para 15,2% de inserção no mercado de trabalho, ainda que informal, no caso das genitoras, e o não acesso a benefícios assistenciais (Programa Bolsa Família e BPC) e previdenciários naquele primeiro momento, apontando para a morosidade e burocracia enfrentados ao solicitá-los.

Os impactos dos retrocessos no campo dos direitos sociais na vida dos(as) usuários(as) forma lembrados em pesquisa realizada no HC I (SANTOS, 2012) com os(as) assistentes sociais daquela equipe. De acordo com a autora,

Na área da saúde, em especial a oncologia, que atende a um grande contingente populacional, se observa que o adoecimento é a própria manifestação da precariedade das condições de vida, das dificuldades de acesso à prevenção primária e secundária, e da fragilidade das políticas de proteção social no país (SANTOS, 2012, p. 48).

Estas dificuldades ficam patentes, por exemplo, no caso de usuários(as) que, em número cada vez maior, buscam atendimento junto ao serviço social, recorrendo a recursos institucionais, como o auxílio transporte pelo Incavoluntário, mesmo após o início do controle da doença, momento em que os tratamentos propostos já foram realizados e o(a) usuário(a) passa a comparecer para reavaliação médica apenas semestralmente e, posteriormente, anualmente. Nestes casos, em decorrência do momento da doença, não é possível acessar passes livres, que exigem como condição para sua emissão um mínimo de frequência para o tratamento, benefício por incapacidade temporária pelo INSS, uma vez que já se findou o tratamento, ou saques de PIS e FGTS, que exigem doença ativa para liberação, só para citar alguns exemplos. Com isso, recursos como a bolsa de alimentos concedida pelo Incavoluntário passam a ser vitais para a manutenção do sustento daqueles(as) que buscam o atendimento, ainda que um dos critérios para acessá-la seja encontrar-se em curso de tratamento, e, uma vez que o recurso tem se tornado, com a crise, cada vez mais escasso, na maioria das vezes não é possível realizar o encaminhamento nestes casos. Vale mencionar que no presente ano a proposta de bloqueio de matrículas de usuários(as) do INCA em controle há um determinado período

predeterminado está sendo colocada em prática, o que impediria que fossem agendadas novas consultas em quaisquer das áreas de atendimento do INCA¹³³, inclusive no Serviço Social, a menos que haja recaída ou recidiva da doença, ou o surgimento de outro câncer. A ausência de alternativas no campo das políticas sociais, e mesmo junto ao terceiro setor, que permitam o acesso ao mínimo para sobrevivência de muitos(as) dos(as) usuários(as) do Instituto é, portanto, um desafio cada vez maior no cotidiano profissional.

Considerando o exposto sobre o trabalho profissional e seus desafios, não se pode perder de vista reflexões que levem em conta e busquem desvelar, a partir de um olhar crítico, a realidade em que se vive, considerando as contradições e os conflitos do sistema do capital. No que se refere ao âmbito da pesquisa aqui proposta, importante destacar que

O 'humanismo' que exalta as qualidades jurídicas da liberdade e da vontade no homem se põe assim a serviço da mais completa 'desumanização' engendrada pela produção capitalista. Esta é a realidade mais profunda da forma sujeito de direito: é a forma igual, livre e voluntária do homem como mercadoria. Por isso mesmo, não se põe no interior da obra madura de Marx qualquer esperança num suposto potencial 'humanizador' do direito ou qualquer aposta num suposto potencial socialmente transformador das categorias jurídicas. A forma jurídica é intrinsecamente capitalista – no duplo sentido de que o seu movimento não pode conduzir senão à reprodução deste modo capitalista de produção e de que a ultrapassagem deste modo de produção não pode significar senão a extinção da forma sujeito de direito e de seus desdobramentos (KASHIURA JR., 2012, p. 163-164).

Esta lógica coloca no horizonte uma perspectiva emancipatória que permite imaginar não apenas a superação do direito ou do Estado capitalistas, mas a própria superação das condições que dão significado ao serviço social, as manifestações da “questão social”. Afirmá-lo, porém, implica compreender que esta proposta de luta emancipatória não deve ser tomada como tarefa de uma profissão, tampouco de entidades profissionais específicas, mas deve estar claro que a dimensão política é constitutiva do projeto profissional¹³⁴ e, portanto, indispensável, determinando, assim,

¹³³ Conferir em: <<http://www.bandnewsfmrio.com.br/editorias-detalhes/pacientes-que-tiveram-cancer-e-faziam-acompan>>. Acesso em: 29 ago. 2021.

¹³⁴ Projeto ético-político profissional do serviço social, materializado nas regulamentações e documentos que dirigem a formação e a prática profissional, com destaque para o código de ética profissional, a lei de regulamentação da profissão e as diretrizes curriculares estabelecidas pela ABEPSS.

“escolhas teóricas, ideológicas e políticas” (FREIRE, 2013, p. 50). Esta premissa deve situar os(as) assistentes sociais no campo da “luta por (e concretização de) direitos e políticas sociais universais em uma sociedade profundamente desigual, assentada em relações sociais e econômicas que reiteram a barbárie, a violência, a exploração e opressões de gênero, etnia e orientação sexual” (BOSCHETTI, 2013, p. 64). Este é um espaço certamente contraditório, ainda mais ao se considerar o fetiche da igualdade (FREIRE, 2013, p. 44) engendrado pela sociedade capitalista; assim, a luta por direitos não deve ser confundida com a luta pela emancipação humana, caracterizada por uma igualdade substantiva, que só terá lugar com a supressão da ordem burguesa (BOSCHETTI, 2013, p. 69).

A profissão se caracteriza, assim, nas condições atuais de produção e reprodução da vida e da sociedade, por atuar “sobre todas as necessidades humanas de uma dada classe social, ou seja, aquela formada pelos grupos subalternos, pauperizados ou excluídos dos bens, serviços e riquezas dessa mesma sociedade”, e que, assim, “atuam basicamente na trama das relações de conquista e apropriação de serviços e poder pela população excluída e dominada” (CARVALHO; NETTO, 2007, p. 52). É imperativo, portanto, que o(a) assistente social compreenda as mediações dos processos que informam as demandas das atividades no cotidiano profissional, sobretudo ao atuar como “mediador privilegiado” (CARVALHO; NETTO, 2007, p. 51) na relação entre a população usuária e o Estado. Ao final do próximo capítulo será retomada a discussão sobre o serviço social, com enfoque no HC I, a partir das indagações levantadas no bojo dos resultados da pesquisa sobre a judicialização na unidade, apresentada a seguir.

3 A JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO NO HC I / INCA

A violência que não se vê não reclama ações sobre ela.
Silene de Moraes Freire, 2009, p. 189

Como parte dos estudos realizados para elaboração da presente tese, foi elaborada pesquisa empírica, fruto da experiência profissional como assistente social no Hospital do Câncer I, do INCA, onde é possível perceber, no cotidiano de trabalho, os impactos dos retrocessos no campo dos direitos sociais, e a acentuação das crises econômica e política para o conjunto da sociedade brasileira. Estes impactos envolvem, como visto nos capítulos anteriores, a escalada do desemprego e esgarçamento das condições de trabalho, consubstanciados, por exemplo, em uma inserção sem garantias de direitos no mercado de trabalho, uma vez que, na atualidade, trabalho não é mais sinônimo de emprego, sendo as fontes de renda de boa parte da população cada vez mais incertas e variáveis, quando existem. Como bem recorda Mauriel (2011, p. 270), ocorre um cruel processo de redução nos investimentos na área social nos momentos em que mais se precisa deste suporte; isto se dá em decorrência de um problema estrutural situado na base do aparato de proteção social brasileiro: “a natureza extremamente regressiva do financiamento do gasto social e da tributação no país”. Em outras palavras: a participação do Tesouro no financiamento das políticas sociais é baixa e também pró-cíclica, ou seja, aumenta nas fases de crescimento econômico, quando seria menos necessária, recuando nas fases recessivas.

O cotidiano de trabalho é marcado, assim como a vida cotidiana em geral, pela espontaneidade, pelo pragmatismo, pelo economicismo, pela andologia, os precedentes, o juízo provisório, a ultrageneralização, a mimese e a entonação, como sinaliza Heller em seu clássico estudo “O cotidiano e a história”, de 1972. Sua reflexão aponta a vida cotidiana como “aquela que *mais se presta à alienação*” (HELLER, 1972, p. 37 – grifos no original), e acrescenta: “[...] Quanto maior for a alienação produzida pela estrutura econômica de uma sociedade dada tanto mais a vida cotidiana irradiará sua própria alienação para as demais esferas” (HELLER, 1972, p. 38).

É partindo desta concepção da realidade, e buscando então realizar uma elevação que permita uma superação do que caracteriza o cotidiano, como acima

exposto, que se buscará desenvolver mediações entre teoria e prática, em um exercício de construção da *praxis* no sentido da autora:

Pensamos no pragmatismo dessa estrutura. A vida cotidiana caracteriza-se pela *unidade imediata* de pensamento e ação. Mas devemos acrescentar a essa caracterização que o pensamento cotidiano não é jamais teoria, assim como a atividade cotidiana nunca é *praxis*. [...] (HELLER, 1972, p. 45 – grifo no original)

Ademais, é sempre importante destacar o desafio que constitui a investigação científica no campo de atuação, nos mais diversos aspectos. Aqui seguirão algumas linhas que traduzem um pouco das dificuldades enfrentadas no processo.

Em primeiro lugar, ainda que a atuação se dê em um campo de trabalho cuja missão envolva, além da assistência direta ao(à) usuário(a), atividades de ensino e pesquisa¹³⁵, as demandas institucionais da gestão na unidade hospitalar são eminentemente voltadas ao número de atendimentos realizados, sempre tendendo a uma perspectiva quantitativa e burocratizada. Com isso, a carga horária de trabalho é organizada institucionalmente de forma a priorizar a assistência, o que acaba deixando as outras atribuições para as brechas e o suporte da chefia direta, que busca garantir determinados períodos para a realização do ensino e da pesquisa. Isto leva a um quadro de sobrecarga dos profissionais e à necessidade de realização de atividades de trabalho fora do expediente, também em decorrência dos inúmeros atravessamentos do cotidiano assistencial. A própria condução deste projeto intenso e imenso que é o doutorado, sem contar com a integralidade da licença atualmente prevista para realização de cursos no âmbito do RJU – a licença capacitação –, que, caso fosse concedida integralmente poderia somar seis meses de afastamento, ficou reduzida a dois meses, que tiveram que ser divididos em dois momentos separados¹³⁶. Este desafio em particular, traz como principal consequência a intensificação da dificuldade em realizar os necessários momentos de suspensão da

¹³⁵ Assim como a missão do INCA, o HC I também inclui em sua missão os três eixos de ação: “Tratamento do câncer através da pesquisa, do ensino e da assistência”.

¹³⁶ Também previsto pelo RJU, o afastamento para participação em Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* no país não tem sido concedido aos trabalhadores das áreas assistenciais do INCA, uma vez que é considerada passível de realização concomitante, *com compensação de horário*.

relação com a vida cotidiana, acima caracterizada, direcionando a energia ao objeto de estudo (NETTO, 2011b).

Em um contexto de obscurantismo como o que se tem vivenciado na atualidade, não só no Brasil, mas em todo o mundo, em que a ciência é desvalorizada, os cursos da área de ciências humanas são diretamente atacados pelo governo¹³⁷, esta situação se aprofunda. Neste sentido, ocorre também um desgaste no que se refere às perspectivas conjunturais, tanto no que se refere ao suporte às pesquisas em andamento quanto às inseguranças referentes à carreira no serviço público, com o agravante das propostas de contrarreforma administrativa, expressa nas PECs 186/2019 e 32/2020, cada vez mais próximas da realidade, sobretudo após a eleição de Arthur Lira e Rodrigo Pacheco para a presidência da Câmara e do Senado, respectivamente¹³⁸.

É a partir desta realidade que o estudo foi realizado, motivado por questões que se apresentavam no cotidiano do exercício profissional e cujo desvelamento tomava cada vez mais relevância aos nossos olhos. Assim, outros desafios naturalmente se seguiram, como parte da proposta de uma investigação acadêmica que se propõe a traduzir as problemáticas do dia-a-dia, permitindo colaborar na construção de saberes que auxiliarão na elaboração crítica de respostas que iluminarão a prática profissional.

Outro processo fundamental para o desenvolvimento da pesquisa foi a submissão do projeto ao CEP – INCA, para apreciação e autorização, o que implica a realização de diversas etapas até sua conclusão e o necessário envio periódico de

¹³⁷ Conforme reportagem do G1, “no dia 26 de abril de 2019, Jair Bolsonaro anunciou, pelo Twitter, que o novo ministro da Educação, Abraham Weintraub, ‘estuda descentralizar investimentos em faculdades de filosofia e sociologia (humanas)’, com o objetivo de ‘focar em áreas que gerem retorno imediato ao contribuinte, como veterinária, engenharia e medicina’”. A mesma reportagem aponta, e este é um dado importantíssimo quando se reflete sobre a formação brasileira, que os cursos mais afetados seriam aqueles com maior proporção de alunos negros. Disponível em: <https://g1.globo.com/educacao/noticia/2019/05/09/sob-ameaca-de-cortes-no-governo-bolsonaro-cursos-de-ciencias-sociais-e-humanas-concentram-diversidade-racial.ghtml>. Acesso em: 04 de janeiro de 2021. Seguindo este projeto, no ano seguinte, o governo excluiria cursos de humanas e sociais de edital para bolsas de iniciação científica do CNPq, priorizando as seguintes: tecnologias estratégicas; tecnologias habilitadoras; tecnologia de produção; tecnologias para o desenvolvimento sustentável e tecnologias para qualidade de vida. Disponível em: <http://aduff.org.br/site/index.php/noticias/noticias-recentes/item/4071-cnpq-de-bolsonaro-exclui-ciencias-humanas-e-sociais-da-concessao-de-bolsas-pibic>. Acesso em: 04 de janeiro de 2021.

¹³⁸ Ambos procedentes da base do governo em suas respectivas casas, têm como uma de suas prioridades, além de outras, a contrarreforma administrativa. A PEC 186/2019 traz uma proposta de redução de até 25% da remuneração do funcionalismo público e a PEC 32/2020 propõe uma contrarreforma administrativa que, entre outras mudanças, propõe a flexibilização da gestão.

relatórios. Assim, vale ressaltar que as burocracias institucionais, ainda que necessárias, representam um desgaste a mais no processo de investigação, e que o tempo da realidade que se apresenta é quase sempre diferente do tempo destas tarefas, como bem exemplificam aqueles dados atrasados de levantamentos oficiais, fornecendo informações já obsoletas sobre a realidade.

É importante, por fim, sinalizar que o levantamento dos dados foi um processo individual e extenuante, em decorrência do grande número de casos encontrados, o que já era esperado devido ao amplo intervalo de investigação. Como desdobramento deste processo, foram criadas planilhas para a sistematização e posterior análise destes dados, como se verá na seção 3.1.1.

3.1 Procedimentos de pesquisa: delineamento do estudo empírico

A partir do aprofundamento teórico empreendido através das leituras e debates sobre a temática da judicialização na saúde, como mencionado na introdução da presente tese, surgiu o interesse em realizar uma pesquisa empírica, com o objetivo de conhecer melhor o processo de judicialização na unidade de atuação profissional. Assim, foi elaborado um projeto de pesquisa que será aqui detalhado, em seus objetivos, orientação teórico-metodológica e procedimentos do estudo.

O objetivo geral da pesquisa, portanto, foi analisar a judicialização na saúde e seus nexos na sociedade atual, considerando o acesso da população ao tratamento de câncer no HC I / INCA. Os objetivos específicos, por sua vez, foram: identificar os avanços, limitações e desafios no acesso ao atendimento especializado à saúde da população, considerando a introdução do SER como etapa para o ingresso na instituição; discutir os desafios postos pelo processo de regulação de vagas através do SER e as estratégias de judicialização; entender a relação da judicialização com os processos de negação dos direitos e de desresponsabilização do Estado; compreender como o processo de judicialização, a partir da individualização das demandas, contribui para a invisibilização do acesso às políticas públicas; fornecer subsídios que favoreçam a reflexão em favor do desenvolvimento de estratégias para a atuação dos(as) assistentes sociais perante a judicialização das políticas públicas.

Antes de prosseguir, a fim de facilitar a compreensão das etapas da pesquisa, e reforçar as motivações para a sua realização, considera-se fundamental uma breve apresentação do cotidiano de trabalho como assistente social no INCA.

Como seria de se esperar, o cotidiano profissional é profundamente impactado pela conjuntura atual, de retração das políticas públicas, de sucateamento das instituições onde atua o(a) assistente social, e as suas inflexões trazem rebatimentos também ao INCA, uma vez que sofre com os cortes de verbas e com a lógica privatizante na sua gestão. Assim, trabalha-se diariamente, no Serviço Social do HC I, com uma população que sofre um processo de empobrecimento decorrente do desemprego e ausência de políticas sociais efetivas para manutenção do seu sustento e de sua família.

Além disso, muitos(as) usuários(as) chegam com doenças já em estado avançado, em decorrência da falta do suporte na Atenção Básica e de média complexidade, reflexo da inoperância dos sistemas de regulação, utilizado para agendamento de consultas especializadas e realização de exames diagnósticos, que na prática acaba por transformar filas visíveis em filas virtuais, atrasando e comprometendo todo o processo de tratamento. Com todas estas dificuldades, muitas vezes a saída encontrada para acessar não só o tratamento, mas políticas que permitam a sua efetivação, está no Sistema Judiciário ou em alternativas como a Câmara de Litígios em Saúde, no caso do município do Rio de Janeiro, que é parte de mecanismos que desafogam a Justiça em si, permitindo um acesso em princípio menos burocrático que os tradicionais, como as defensorias públicas.

Neste aspecto, não é possível deixar de apresentar um exemplo muito emblemático sobre o que poderia ser considerado uma *institucionalização da judicialização*: o caso do programa Transporte Sanitário na cidade do Rio de Janeiro. Este programa deveria dar suporte aos munícipes com dificuldades de acesso aos locais de tratamento com a viabilização de transporte através das Áreas de Planejamento da secretaria municipal de saúde na cidade (APs), por meio de cadastramento do morador próximo à sua residência. Há alguns anos, porém, ao realizar contato com estas APs para verificar os procedimentos para acesso ao programa, a equipe do Serviço Social deparou-se, via de regra, com a seguinte orientação: “só recebemos pacientes por mandado judicial”, ou seja, os usuários que

necessitam do serviço não têm outra alternativa senão buscar órgãos da Justiça para acessá-lo.

O solo que ampara e motiva as reflexões aqui presentes, como não poderia ser diferente e como se pode ver no exposto acima, é o cotidiano, tomado como “centro” do acontecer histórico, verdadeira “essência” do acontecer social, como destaca Heller (1972, p. 20). Em suma, a busca pela compreensão das mudanças nas relações sociais, os seus reflexos na vida dos usuários e também na forma como o(a) assistente social atua perante as demandas que lhe são apresentadas – e sobretudo as que não são, ou seja, aquelas que estão por trás das falas que chegam ao profissional – é parte do que se enseja desvelar com o estudo em pauta.

A pesquisa contou, portanto, para uma aproximação inicial e aprofundamento no tema, com revisão teórico-bibliográfica, a partir do levantamento de produções acadêmicas, objetivando verificar o estado da arte no assunto. Além disso, foi fundamental o acompanhamento constante de matérias jornalísticas, tanto na mídia tradicional quanto na mídia alternativa, apontando a pertinência do tema na atualidade. Por fim, os movimentos provenientes das orientações acadêmicas, e também o curso de disciplinas e participação em seminários e outros eventos no campo do serviço social, saúde, e direito foram essenciais para ampliar a reflexão, aprofundando os conhecimentos, permitindo o estabelecimento de mediações que facilitaram o alcance da complexidade dos debates que permeiam o estudo. O levantamento bibliográfico foi, portanto, parte do estudo, sendo, assim, privilegiadas as reflexões acerca da judicialização em saúde, com vistas ao aprofundamento teórico. Importante ressaltar que o movimento de revisão da literatura foi realizado desde o início da elaboração do projeto e atualizado até os momentos finais de produção da tese, uma vez que durante os quatro anos de doutorado novas publicações são lançadas, e, neste movimento, foi possível notar um número muito pequeno de publicações, como já mencionado acima, que tenham uma perspectiva crítica de análise, tendo como linha teórica de pensamento o materialismo histórico-dialético. Além disso, no que se refere especificamente à temática da judicialização na saúde, as produções acadêmicas sobre o tema, quando abordam o tratamento de doenças, tendem a focar no âmbito do acesso aos medicamentos (judicialização da assistência farmacêutica), e não ao tratamento de forma mais global em instituições específicas, como é aqui o caso.

O levantamento dos dados foi realizado nas clínicas do HC I em que o acesso é realizado, atualmente, através do Sistema Estadual de Regulação (SER), quais sejam: Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Geral – Oncologia (todo o aparelho digestivo), Cirurgia Torácica Oncológica, Neurocirurgia Oncológica, Urologia e Hematologia Adulto. Vale ressaltar que desde agosto de 2013, no Hospital do Câncer I, onde se deu o estudo, o acesso aos serviços mencionados é feito através de Regulação, à exceção da clínica de Hematologia Adulto, que passou a receber usuários(as) através da regulação apenas em 2018. No caso destas clínicas, portanto, os mecanismos para acesso ao tratamento, via de regra, têm como requisito a realização de cadastro no sistema de regulação do SUS. Esse sistema é regulamentado através da portaria nº 1559 de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS, e encontra base também no documento “Regulação em saúde”, elaborado pelo CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde, que definem como seu objetivo precípua o respeito à equidade no acesso e à integralidade (BRASIL, 2008, 2011).

Além destes dispositivos, o Pacto pela Saúde, apresentado em 2006, define a regulação como uma das diretrizes para a gestão do SUS, destacando que a regulação do acesso à assistência constitui-se em um “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes” (BRASIL, 2006, s.p.). Já no documento “Diretrizes para implantação de complexos reguladores” (BRASIL, 2010, p. 17) é possível verificar um maior detalhamento dos processos, que envolvem, basicamente, em sua ação regulatória:

o levantamento e distribuição de cotas de procedimentos realizados pelos estabelecimentos executantes para os estabelecimentos solicitantes (com agendamento de horário ou não); a busca e disponibilização de leitos hospitalares, sendo o caso; o processo de autorização prévio à execução da ação ou serviço de saúde, por exemplo das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo – APAC ou da Autorização de Internação Hospitalar – AIH; a execução da ação regulatória feita por profissional competente, capaz de análise crítica e discernimento que o conduzam às decisões baseadas nas evidências.

Como se pode verificar, o fator humano acaba sendo o elemento diferencial para a implementação e condução das ferramentas regulatórias. A natureza destas normatizações tem características fundadas no gerencialismo burocrático que marca

as contrarreformas das últimas décadas, tema que será tratado com maior detalhamento na seção 3.2.

A regulação foi implantada no INCA, num primeiro momento, através do SISREG, Sistema de Regulação municipal, em 2011, no Hospital do Câncer III, responsável pelo tratamento de câncer de mama, e em 2013 no serviço de ginecologia do Hospital do Câncer II e nas clínicas de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Geral – Oncologia (todo o aparelho digestivo), Cirurgia Torácica Oncológica, Neurocirurgia Oncológica, Urologia, Radioterapia e Braquiterapia¹³⁹ do Hospital do Câncer I, sendo inserida na clínica de Hematologia apenas em 2018. Recentemente a regulação do acesso a essas clínicas ficou a cargo do SER, que funciona a nível estadual, e da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), nos casos de usuários(as) de outros estados da federação. Conforme se pode verificar no próprio site do Instituto, os procedimentos necessários para realização da matrícula se iniciam nas Unidades Básicas de Saúde onde forem atendidos(as) os(as) usuários(as) do município do Rio de Janeiro, nas Secretarias de Saúde dos seus municípios para usuários(as) do estado do Rio de Janeiro. Já moradores de outros estados são encaminhados pelas Secretarias Municipais de Saúde e/ou Secretarias Estaduais de Saúde para cadastro na CNRAC. Serão os sistemas de regulação que irão gerenciar as vagas disponíveis e definir onde será feito o atendimento, segundo critérios como proximidade do local de moradia e complexidade do caso.

Deste modo, além das propostas de equidade e integralidade, pode-se acrescentar os princípios da regionalização e hierarquização, previstos pela Lei Orgânica da Saúde, como motivadores da estruturação de um sistema de regulação. Importante mencionar, porém, os riscos da potencial burocratização do acesso, uma vez que a realização de exames, consultas e outros procedimentos ainda prévios ao encaminhamento ao INCA agora devem ser regulados, o que pode tornar o início do tratamento ainda mais tardio.

A pesquisa contou com a coleta e análise de dados primários, a fim de traçar um perfil dos(as) usuários(as) que acessaram o tratamento por via judicial, na Alta Complexidade do SUS, a partir da busca na base de dados Absolute, que concentra

¹³⁹ Apesar de também estarem no sistema de regulação, a Radioterapia e a Braquiterapia não serão objeto do presente estudo, uma vez que são tratamentos, com características diferenciadas. Já as demais especialidades atendidas nesta unidade hospitalar não faziam parte do SER no período investigado.

informações sobre os pacientes do HC I / INCA. Importante ressaltar que foi resguardado o sigilo das informações coletadas em todas as etapas. Quanto aos riscos da pesquisa, considerando que a Resolução 466/2012, que define que toda pesquisa possui riscos, aqueles a serem mencionados aqui correspondem ao manuseio das informações – risco de quebra de sigilo, involuntária e não intencional –, podendo ser classificados como mínimos.

Para os objetivos estabelecidos, foram coletados os seguintes dados:

a) quanto ao perfil socioeconômico: sexo; idade; raça¹⁴⁰; estado civil; nível de escolaridade; renda; situação previdenciária; município de origem.

b) quanto ao processo de adoecimento: diagnóstico; estadiamento da doença; clínica em que foi matriculado e outras para as quais tenha sido encaminhado (Oncologia Clínica, por exemplo¹⁴¹); linhas de tratamento acessadas.

c) judicialização: origem da demanda (advogado particular, DPGE, DPU e outras); tempo entre a busca pelo Judiciário e a efetivação da matrícula.

Os critérios de elegibilidade para a pesquisa a princípio contemplariam o seguinte: usuários(as) matriculados entre janeiro de 2010 e dezembro de 2019, por ordem judicial, nas clínicas inseridas no SER. Quanto aos critérios de exclusão, considerou-se os(as) usuários(as) matriculados(as) por meio do sistema de regulação ou por outros meios não judiciais. Com a realização do levantamento, porém, verificou-se um número considerável de usuários(as) que acessaram o tratamento por meio da Justiça, porém já tinham matrícula no Instituto. Sendo assim, foi feita adaptação no projeto, junto ao CEP/INCA, a fim de alterar os critérios de elegibilidade para: usuários(as) matriculados(as) entre janeiro de 2010 e dezembro de 2019 que acessaram o tratamento por ordem judicial, nas clínicas inseridas no SER. No que se refere aos critérios de exclusão, foram alterados da seguinte forma: usuários(as) matriculados(as) por meio do sistema de regulação ou por outros meios não judiciais que não recorreram a meios judiciais para acesso ao tratamento.

¹⁴⁰ A opção pelo quesito raça na categorização aqui proposta, e não raça/etnia é motivada pelos dados disponíveis nas bases a que se recorreu para realização dos levantamentos. Considerou-se, ainda, sob a ótica conceitual, o fato de que o foco na análise dos dados está ligado aos aspectos biológicos e não culturais.

¹⁴¹ Os usuários que, entre os tratamentos realizados, necessitem realizar quimioterapia, são encaminhados à Oncologia Clínica, onde passam a ser acompanhados a partir da avaliação dos especialistas. Ao fim do tratamento de quimioterapia ou em caso de não serem elegíveis para o tratamento, são encaminhados de volta à clínica de origem (Abdômen, Tórax etc).

O projeto original, enviado ao CEP/INCA, previa também a verificação do número de pessoas cujos processos ou pedidos de matrícula via sistema judiciário tivessem chegado ao HC I / INCA, mas sem efetivação de matrícula em razão de óbito, contudo, constatou-se imprecisão no número, uma vez que muitos familiares/pessoas de referência destes(as) usuários(as) não informaram sobre o óbito. Assim, verificou-se muitos casos de não efetivação da matrícula, ou não cumprimento dos pedidos ou mandados, porém, sem o estabelecimento exato da causa da sua não realização.

A proposta inicial previa realização de levantamento, com análise temática de conteúdo, a partir dos prontuários físicos dos usuários(as) incluídos(as) nos critérios da pesquisa, mas, como descrito na seção seguinte, devido à pandemia de COVID-19 e ao grande número de usuários(as) incluídos(as), alterou-se a fonte de dados para o sistema interno de cadastro de pacientes – o sistema Absolute. Os dados foram então tabulados em planilha – tabela dinâmica – construída para este fim, permitindo sua análise e interpretação. A pesquisa de campo é, portanto, retrospectiva, com análise descritiva dos dados, com informações sobre as variáveis do estudo que foram registradas em planilha do Microsoft Excel®, na versão do Windows 10, contendo os dados do estudo.

Compreende-se que a judicialização, uma vez que não passa pelos caminhos tradicionais de acesso à política¹⁴² e ao individualizar demandas que seriam coletivas, pode tornar os sujeitos demandantes invisíveis. Sendo assim, esta etapa da pesquisa buscará dar um rosto a estas pessoas, no sentido de desvelar o perfil da população que busca este tipo de acesso, o que auxiliará no desenvolvimento de estratégias conjuntas para facilitar o acesso ao tratamento no HC I e no INCA como um todo.

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa do INCA antes do seu início. Ressalte-se que foram respeitados os princípios e critérios éticos presentes nas Resoluções 196/1996, 466/2012 e complementares, do Ministério da Saúde, quanto à pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996, 2012), assim como aqueles relacionados ao Código de Ética Profissional do(a) Assistente Social (CFESS, 1993). Importante ressaltar, ainda, que todas as alterações e adaptações realizadas no decorrer da pesquisa, mencionadas acima, também foram submetidas a apreciação, sendo aprovadas pelo referido Comitê.

¹⁴² Os caminhos tradicionais de acesso referem-se à matrícula a partir do encaminhamento via Regulação; o caminho não tradicional aqui investigado diz respeito, portanto, à via judicial.

Importante lembrar que o estudo em pauta tem, ainda, caráter eminentemente exploratório, utilizando-se de métodos quantitativos, no que se refere ao levantamento e sistematização dos dados coletados, e qualitativos, ao voltarmos-nos ao processamento e análise das informações obtidas. Neste sentido, considera-se que a abordagem qualitativa é a mais adequada para o cumprimento dos objetivos propostos, uma vez que implica “considerar que o objeto de estudo das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação” (MINAYO, 2000, p. 22). As estratégias adotadas, como visto, no decorrer do processo investigativo, envolveram revisão bibliográfica, análise documental e pesquisa de campo, com a manipulação de dados primários, acessadas através de sistema interno do INCA (plataforma ABSOLUTE).

Desde as primeiras linhas do presente estudo, evoca-se o método histórico dialético como baliza central para a compreensão da realidade, buscando através das ferramentas que oferece, garantir uma interpretação rigorosa e densa sobre o tema da judicialização em saúde. Para tanto, elementos fundamentais da realidade contemporânea foram trabalhados à luz da trajetória histórico-social do Brasil, com o objetivo de traçar as linhas fundantes e fundamentais dos processos que, nos dias atuais, marcam a judicialização no HC I, cujas características serão à frente trabalhadas. A partir deste delineamento, será possível, ao analisar os dados colhidos e, a seguir, voltar àquela realidade específica da unidade de saúde, compreendê-la a partir dos elementos que dão significado à sua particularidade.

Concorda-se, assim, com Ianni (2011, p. 405), ao afirmar que “a reflexão se debruça sobre essa realidade e desvenda, desencanta, descobre as determinações” que a constituem. Assim, a utilização do método do materialismo histórico dialético inaugurado por Marx requer e determina uma atitude crítica sobre a realidade apresentada, em que se apreenda a multiplicidade de significados do real, levando sempre em conta a historicidade do social. De acordo com o mesmo autor (ibid., p. 411), “refletir dialeticamente é não progredir de modo positivista. É não refletir em termos de senso comum. É não refletir em termos religiosos. É refletir em termos científicos e filosóficos com estas peculiaridades”.

A partir da tradição marxista se procura demonstrar a prioridade ontológica das determinações econômico-políticas na dinâmica sócio-histórica. Netto (1998, p. XXX - grifos no original) apresenta uma definição do método em Marx:

o procedimento metodológico próprio a esta teoria consiste em partir do empírico (os 'fatos'), apanhar as suas relações com outros conjuntos empíricos, investigar a sua gênese histórica e o seu desenvolvimento interno e reconstruir, no plano do pensamento todo esse processo. O circuito investigativo, recorrendo compulsoriamente à abstração, retorna sempre ao seu ponto de partida – e, a cada retorno, compreende-o de modo cada vez mais inclusivo e abrangente. Os 'fatos', a cada nova abordagem, se apresentam como produtos de relações históricas crescentemente complexas e mediatizadas, podendo ser contextualizadas de modo concreto e inseridos no movimento maior que os engendra. A pesquisa, portanto, procede por aproximações sucessivas ao real, agarrando a *história* dos processos simultaneamente às suas *particularidades internas*.

Por se tratar de estudo acadêmico referente ao campo de prática profissional, configura-se como uma abordagem analítica que contará com o método acima mencionado, abarcando uma avaliação de serviços de saúde, "vista como este desafio de articulação entre as distintas disciplinas que constituem a Saúde Pública. Por outro lado, [o materialismo histórico dialético] também demarca um espaço concreto de contribuição do cientista social ao campo da avaliação de serviços e projetos de saúde" (DESLANDES, 1997,p. 107).

3.1.1 A particularidade da judicialização no HC I: perfil dos(as) demandantes

Na presente seção serão apresentados os resultados do levantamento realizado, que, vale lembrar, considerou o número de usuários encaminhados para tratamento no INCA através do sistema judiciário em um intervalo de dez anos – janeiro de 2010 a dezembro de 2019 – para as clínicas inseridas no SER. Deste modo, foram considerados tanto aqueles que não tiveram a matrícula efetivada – por motivo de óbito, indeferimento pelo INCA ou outros não informados, quanto aqueles que tiveram sua matrícula efetivada – sendo estes considerados para fins de levantamento de perfil, uma vez que os dados sobre os mesmos podem ser acessados. Também foram incluídos usuários que já possuíam matrícula e que, porém, necessitaram acionar a Justiça por motivos que, devido à impossibilidade de acesso aos prontuários e aos processos, não foi possível apresentar aqui.

Importante ressaltar que no processo de investigação percebeu-se que os dados acessados, como será visto no presente capítulo, trazem oportunidades de reflexão das mais diversas, o que exigiu extremo cuidado analítico a fim de não fugir ao tema em pauta. Este fato, porém, minimizou os efeitos da ausência de alguns dos dados a serem levantados, devido ao processo de adaptação do projeto, como linhas de tratamento acessadas e estadiamento da doença no momento da matrícula, assim como alguns dados do perfil desta população, como será apresentado adiante.

Neste momento, serão trabalhados os dados colhidos, da seguinte forma: serão apresentadas, primeiramente, as informações concernentes ao perfil socioeconômico da população que teve o acesso ao tratamento após acionar a Justiça, sendo considerados: sexo; idade; raça; estado civil; nível de escolaridade; renda; situação previdenciária; município de origem. A seguir, serão expostos os resultados referentes ao adocimento dos(as) usuários(as) matriculados(as), sendo, neste ponto, inseridos dados sobre aqueles(as) que não tiveram a matrícula efetivada. Como será visto, algumas alterações neste campo também foram necessárias, sendo incluído, ainda, um achado de pesquisa interessante ao estudo. Por fim, serão trazidas informações quanto ao processo de judicialização em si, sendo este o único ponto que não sofreu alterações com a adequação do projeto, sendo apenas incluídas informações sobre as suas taxas em cada uma das clínicas, ao cruzar os números de acesso ao tratamento através da Justiça com o número total de matrículas efetivadas a cada ano.

É fundamental destacar que no presente estudo, como já foi mencionado, as informações são provenientes de bancos de dados já existentes, o que traz alguns limites, como a ausência de informações exatas e específicas sobre o dado levantado, fato comum no caso de levantamentos do tipo. Foi feito um esforço de superação das dificuldades encontradas a partir do cuidado desde a tabulação dos dados, quando foi possível mitigar alguns dos limites encontrados, até a análise dos resultados, que permite apresentar ao(à) leitor(a), com a maior precisão e clareza possível as implicações de possíveis inconsistências e as suas possíveis elucidações.

Abaixo foram concentrados os dados do perfil socioeconômico, primeiro a ser apresentado, em uma única tabela, a fim de facilitar a sua visualização. A seguir, cada um dos itens foi extraído e inserido em tabelas separadas para análise pormenorizada dos dados.

Importante destacar que o perfil da população brasileira nos últimos anos tem se modificado, seguindo a tendência dos países em desenvolvimento, com o estreitamento da base da pirâmide etária, fruto da redução das taxas de natalidade, além do aumento da expectativa de vida dos(as) brasileiros(as), como mencionado em capítulo anterior. Também o perfil epidemiológico, como visto, se altera nos últimos tempos, com a redução da mortalidade por doenças transmissíveis e causas materno-infantis, e o aumento nos casos de doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer. No estado do Rio de Janeiro, principal local de origem dos(as) usuários(as) apresentados(as) no presente estudo¹⁴³, essas tendências seguem a mesma lógica, conforme apresentado no Plano de Atenção Oncológica do estado.

Também no Plano a determinação social será considerada para a avaliação do processo saúde-doença, sendo destacados os grandes índices de desigualdade, ainda que o estado esteja localizado em uma das regiões mais ricas do país, o que reflete no quadro de saúde da população e no acesso aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Tabela 1 – Perfil socioeconômico dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019

	Número	Percentual
SEXO		
Masculino	572	65,1%
Feminino	306	34,9%
FAIXA ETÁRIA		
18-31	35	4,0%
32-45	62	7,1%
46-59	293	33,4%
60-73	355	40,4%
74-88	125	14,2%
>88	8	0,9%
RAÇA/COR DE PELE		
Branca	422	48,1%
Parda	343	39,1%

¹⁴³ Como será visto, há apenas um caso de demanda judicial encaminhado por outro estado, no caso, a Paraíba, no período estudado.

Negra	97	11,0%
Amarela	2	0,2%
Não informado	14	1,6%
ESTADO CIVIL		
Casado(a) / União consensual	449	51,1%
Solteiro(a)	219	24,9%
Viúvo(a)	112	12,8%
Divorciado(a) / Separado(a) / Desquitado(a)	87	9,9%
Não informado	11	1,3%
ESCOLARIDADE		
Sem escolaridade formal	42	4,8%
Fund. Incompleto	294	33,5%
Fundamental	243	27,7%
Médio	209	23,8%
Superior	34	3,9%
Não informado	56	6,4%
RENDA		
Sem renda	19	2,2%
0-1sm	15	1,7%
2-3sm	145	16,5%
4-5sm	1	0,1%
Não informado	698	79,5%
SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA		
Sem informação sobre aposentadoria	680	77,4%
Aposentado(a)	198	22,6%
REGIÃO DE SAÚDE DE ORIGEM		
Metropolitana I	679	77,3%
Metropolitana II	118	13,4%
Serrana	47	5,4%
Baixadas Litorâneas	14	1,6%
Médio Paraíba	8	0,9%
Não informado	7	0,8%
Baía da Ilha Grande	2	0,2%
Pombal / PB	1	0,1%
Centro Sul	1	0,1%
Norte	1	0,1%

Fonte: Oliveira, 2021.

A seguir, serão avaliados cada um dos itens separadamente, na ordem em que se encontram acima.

Tabela 2 – Sexo dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019

	Número	Percentual
Masculino	572	65,1%
Feminino	306	34,9%
Total Geral	878	100,0%

Fonte: Oliveira, 2021.

Aqui alguns pontos devem ser levados em consideração.

Em primeiro lugar, o fato de os homens representarem mais de 65% dos casos. Ao tomar o perfil de acometimento do câncer apresentado nas estimativas para cada ano do triênio 2020-2022, as taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária (INCA, 2019, p. 52), para a totalidade das neoplasias malignas, já corrigidas para sub-registro, apontam um número de 387.980 novos casos para homens (taxa de 371,11 por ano, representando 56,56% do total de casos) e 297.980 novos casos para mulheres (taxa anual de 277,11, representando 43,43% do total de casos). O resultado segue, portanto, a mesma tendência verificada para o total da população, com uma maior diferença entre homens e mulheres.

Faz-se necessário destacar que o acionamento do órgão de justiça não é realizado necessariamente pela pessoa com câncer, podendo esta ser representada por um familiar, por exemplo. Assim, o fato de mais homens que mulheres terem acionado a Justiça para acesso ao tratamento durante o período estudado não quer dizer que os mesmos busquem com maior frequência o sistema judiciário. Ao considerar os diversos estudos sobre gênero e cuidado¹⁴⁴, é possível perceber que as atividades voltadas ao cuidado são definidas socialmente como atribuições femininas,

¹⁴⁴ Para aprofundamento, conferir: Frazão e Skaba, 2013; Carvalho, 2008; Dias, 2019; Guedes e Daros, 2009; Araújo e Scalón, 2006.

o que leva a considerar a possibilidade de terem sido as mulheres, sejam elas esposas, filhas, noras, a acionarem a Justiça para acesso do usuário ao tratamento necessário.

Outro ponto importante é o fato de os homens não terem o hábito de buscar atendimento médico de rotina, como é apontado em estudos¹⁴⁵ em que se observou uma menor presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde. Gomes, Nascimento e Araújo (2007) apresentam uma pesquisa realizada com um grupo de homens acima de quarenta anos e dividido em dois conjuntos, um com grau de escolaridade baixa e outro com Ensino Superior. No artigo em questão, apresentaram os autores as temáticas “ser homem” e “procura de serviços de saúde”, parte de uma pesquisa maior intitulada “A construção da masculinidade como um fator impeditivo do cuidar de si”. Os resultados apresentados reforçam o fato, constatado também em outros estudos, de que a pouca procura por serviços de saúde por parte de homens estaria vinculada a um modelo hegemônico de masculinidade, pautado na noção de dominação dos homens e numa perspectiva heterossexuada do mundo. Este modelo hegemônico encontra raízes no patriarcalismo, mencionado na seção 1.2 do primeiro capítulo, apresentado como uma das bases sociais da própria democracia nos marcos do capitalismo, como destacou Mascaro (2013). Além disso, permeia as relações sociais e a própria política pública, até os dias atuais, como se pode perceber nas perspectivas conservadoras de família, por exemplo, como retratado por Behring; Cislighi e Souza (2020), ao discutir o Plano Plurianual 2020-2023, como visto. O patriarcalismo está, portanto, presente no processo de socialização dos homens, trazendo consigo a noção de certa invulnerabilidade masculina que se reproduz no imaginário social e que acaba reforçando a ausência de busca por atendimento médico por este público, o que pode estar associado às maiores taxas de adoecimento. Por outro lado, os dados epidemiológicos demonstram que o homem é mais susceptível ao adoecimento, uma vez que a incidência de câncer é maior neste grupo, o que acaba reforçando um círculo vicioso. Também o fato de o cuidado¹⁴⁶ não

¹⁴⁵ Figueiredo, 2005; Pinheiro et. al., 2002. Para um enfoque diferenciado à temática, sugere-se o estudo de Silva, Chaves e Alcântara, 2018.

¹⁴⁶ Sem a pretensão de entrar no debate, porém não desconsiderando a polêmica em torno de uma abordagem do cuidado pautada no materialismo histórico-dialético, destacamos aqui a contribuição de Passos (2016a; 2016b; 2020). A autora, ao perseguir uma interpretação que rompa com leituras pós-estruturalistas e pós-modernas do cuidado, sugere aproximações entre o debate sobre a ontologia do ser social e a mercantilização do cuidado feminino, propondo o questionamento da

ser considerado função dos homens pode ser fruto da concepção de ordem patriarcal de gênero, fundada no patriarcado¹⁴⁷. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH –, lançada em 2009, pode ser considerada um passo em direção a mudanças na forma como as ações no âmbito da atenção básica têm sido conduzidas neste campo, na busca por envolver os homens nas questões referentes à sua saúde.

Vale mencionar que um importante passo foi dado, institucionalmente, a partir de uma provocação extremamente pertinente de um residente de serviço social, sobre o debate de gênero no HC I / INCA, sendo realizado um evento local que contou com a participação de profissionais de várias categorias, a fim de discutir a temática e abordar a implementação, no Instituto, do nome social para identificação do(a)s usuários(as) transexuais. Ainda que embrionário, o debate aberto é de fundamental importância, permitindo que se desse início a reflexões até então ignoradas institucionalmente sobre o tema.

Tabela 3 – Faixa etária dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019

	Número	Percentual
18-31	35	4,0%
32-45	62	7,1%
46-59	293	33,4%
60-73	355	40,4%
74-88	125	14,2%
>88	8	0,9%
Total Geral	878	100,0%

Fonte: Oliveira, 2021.

naturalização e generificação das atividades – como o caso aqui em pauta – ocupações e profissões consideradas femininas, buscando “trazer à tona algumas das opressões engendradas e perpetuadas no cotidiano da sociabilidade burguesa” (PASSOS, 2016a, p. 14).

¹⁴⁷ Importante ressaltar que o termo patriarcado não está sendo aqui utilizado em seu sentido weberiano, que o trata como anterior ao capitalismo, como elemento próprio de um período anterior ao advento do Estado (MORGANTE; NADER, 2014). De acordo com Saffioti (2011, p. 136), a denominada ideologia patriarcal teria sido “forjada especialmente para dar cobertura a uma estrutura de poder que situa as mulheres muito abaixo dos homens em todas as áreas da convivência humana. É a esta estrutura de poder, e não apenas à ideologia que a acoberta, que o conceito de patriarcado diz respeito”.

Como se pode ver, optou-se por uma divisão etária que garantisse uma proporcionalidade entre os intervalos e o corte exato na faixa em que se encontram as pessoas idosas, a fim de facilitar a análise. É também importante recordar aqui que casos de usuários(as) com menos de 18 anos de idade não foram considerados no estudo.

Os dados apresentados acima apontam que a maior parte dos casos – 55,58% – refere-se a pessoas idosas, porém não seguem a tendência apresentada na estimativa de incidência de câncer no Brasil, apresentada pelo INCA (2019, p. 49), uma vez que o câncer se destaca como mais comum entre adolescentes e adultos de 15 a 39 anos, e idosos a partir dos 75 anos. A despeito deste resultado apontar para uma maioria pequena, vale apresentar algumas considerações sobre o público idoso e a judicialização na saúde.

O Estatuto do Idoso, instituído pela lei número 10.741, de 1º de outubro de 2003, constitui um marco para o reconhecimento da necessidade de proteção integral à pessoa idosa, em um contexto de envelhecimento da população. Neste sentido, também a saúde ganha um capítulo específico – artigos 15 a 19 – em que são estabelecidas formalmente garantias como a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS e direito a acompanhante em caso de internação ou observação. A importância do marco legal se reflete, por exemplo, em interessante estudo realizado no Distrito Federal, que discute demandas judiciais de pacientes idosos com câncer que impetraram ações judiciais por assistência à saúde contra a Secretaria de Estado de Saúde (SES-DF). O estudo (SANTANA et. al., 2020) identificou, no ano de 2017, 94 processos que se encaixavam neste perfil, sendo quase 90% destes provenientes da Defensoria Pública, confirmando a tendência no Brasil, como será visto à frente.

Este e outros estudos que atentam à saúde do(a) idoso(a) no Brasil são frutos deste interesse, estimulado pelas alterações no perfil populacional nas últimas décadas, e pelo estabelecimento de diretrizes nas políticas sociais no sentido de aprimorar a atenção a esta população específica.

Chama a atenção, por fim, quanto aos dados apresentados na tabela, o alto número de casos entre 46 e 59 anos de idade, dado que vai de encontro às tendências apontadas no perfil de adoecimento geral por câncer no país, contrariando os dados gerais e pesquisas anteriores, constituindo-se em matéria que pode sugerir posterior

exame.

Tabela 4 – Raça / Cor da pele dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019

	Número	Percentual
Branca	422	48,1%
Parda	343	39,1%
Negra	97	11,0%
Amarela	2	0,2%
Não informado	14	1,6%
Total Geral	878	100,0%

Fonte: Oliveira, 2021.

Neste ponto, faz-se necessário mencionar que, de acordo com o IBGE, a informação sobre raça/cor deveria ser proveniente de autodeclaração. Deste modo, não é possível, infelizmente, precisar a justeza dos dados, uma vez que não foram colhidos diretamente pela pesquisadora, mas sim pela recepção das clínicas no ato da efetivação da matrícula. Surpreendeu, porém, o número pequeno de casos não informados, o que pode revelar certa preocupação institucional em colher o dado.

Dados apresentados pelo IBGE apontam, como foi apresentado no capítulo 1, as profundas disparidades entre pessoas da raça/cor branca e pessoas da raça/cor preta ou parda, no que se refere a renda, alocação no mercado de trabalho, acesso à educação, taxas de homicídio e representação política. Estes dados são resultado de séculos de uma lógica marcada pela violência e racismo, em uma sociedade cuja formação ocorreu sobre bases escravistas e patrimonialistas.

Os resultados aqui apresentados¹⁴⁸ também sinalizam alguns aspectos, tanto no que se refere ao acesso à saúde pública quanto à Justiça e, para melhor avaliá-los, vale apresentar os dados do país no que se refere à raça/cor da população em geral e em unidades hospitalares de estados das cinco regiões do país.

De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2019, 46,8% dos brasileiros se declararam como pardos, 42,7% como brancos, 9,4%

¹⁴⁸ Vale destacar que na base de dados pesquisada o quesito raça/cor apresenta apenas o termo negra referindo-se às pessoas pretas, diferindo da designação estabelecida na Lei nº 12.288, de 2010 (Estatuto da Igualdade Racial), que define a população negra como o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas.

como pretos e 1,1% como amarelos ou indígenas. Quanto aos dados sobre a incidência de câncer, de modo geral, foi possível coletar dados de uma amostra disponibilizada pela plataforma da RHC – Registro Hospitalar de Câncer¹⁴⁹ –, vinculada ao INCA, porém com dados de apenas alguns estados e unidades hospitalares. Ao realizar o levantamento quanto ao número de usuários(as) por raça/cor de algumas instituições de tratamento oncológico de 15 estados da federação que disponibilizaram informações sobre o marcador na plataforma no ano de 2019, verificou-se que quase 45% dos casos não possuem a informação, 28,26% são de pessoas brancas, 23,24% pardas, 3,08% pretas, 0,37% amarela e 0,1% indígena. Se for tomado o ano de 2010, porém, a amostra é consideravelmente maior, com dados dos 27 estados da federação, provavelmente em decorrência do tempo passado, que permitiu que fossem inseridos os dados. Naquele ano, porém, a proporção seguia a mesma lógica, com 34,5% dos casos sem a informação, 35,36% de pessoas brancas, 24,9% pardas, 3,48% pretas, 1,52% amarela e 0,14% indígena.

Estes resultados levam a refletir sobre o acesso da população parda e negra aos serviços de saúde. Como visto, as desigualdades sociais por cor ou raça impactam fortemente sobre a vida e a reprodução das classes subalternas, refletindo a herança da formação socioeconômica do Brasil, marcada pelo denominado escravismo colonial (GORENDER, 1981), como apontado no primeiro capítulo, com desdobramentos sobre todas as áreas da sua existência. Como se pode perceber nos dados disponibilizados pela plataforma RHC, ainda que sejam somados os números de usuários(as) em tratamento de câncer referentes a pessoas da raça/cor preta, parda, indígena e amarela, estes não atingem o total de pessoas brancas em tratamento, o que não ocorre ao verificar os resultados do estudo aqui apresentado, em que, se somadas apenas pessoas pretas e pardas, o número ultrapassa os casos de judicialização por pessoas brancas.

Esta disparidade pode indicar uma maior dificuldade em acessar os serviços de saúde pela população negra e parda, uma vez que, para citar apenas o tipo de câncer que mais acomete a população masculina no Brasil¹⁵⁰, de próstata, estudos

¹⁴⁹ Disponível em: <<https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/visualizaTabNetExterno.action>>. Acesso em: 15 março 2021.

¹⁵⁰ Os dados apresentados na estimativa para cada ano do triênio 2020-2022, elaborada pelo INCA para novos casos de câncer contam os casos de câncer de pele não melanoma em separado, sendo

demonstraram que a chance de uma pessoa negra ter este tipo de câncer é duas ou três vezes maior que em uma pessoa branca. Além disso, ao tomar o câncer de mama, também o mais letal entre as pessoas do sexo feminino, Lemos (2020) demonstrou que a sobrevivência de mulheres negras (pardas e pretas) é até 10% menor do que entre mulheres brancas.

Em recente trabalho (PAULISTA; ASSUNÇÃO; LIMA, 2019), foram apresentados alguns estudos sobre os impactos das desigualdades raciais na acessibilidade aos cuidados oncológicos e detecção precoce, demonstrando, a partir de uma revisão integrativa, elementos que comprovam a dificuldade, independente do tipo de diagnóstico. A tese acima mencionada (LEMOS, 2020) também destaca o diagnóstico tardio como uma das principais causas da menor sobrevivência nos casos de câncer de mama em mulheres negras.

Tomando como exemplo os reflexos da pandemia de COVID-19 nas populações, Goes, Ramos e Ferreira (2020) apresentaram diversos estudos que comprovam como a doença tem se apresentado de forma racializada nos Estados Unidos da América. As pesquisas mostram uma super-representação de afro-estadunidenses no que se refere ao adoecimento e morte pelo novo coronavírus, ao mesmo tempo em que são a população menos testada. No Brasil, a grande defasagem nos dados disponíveis sobre a raça/cor e o diagnóstico de Covid-19 tem dificultado a realização de estudos sobre o tema, porém levantamentos têm indicado esta mesma tendência no país¹⁵¹.

O fato de as disparidades no acesso por via judicial ao tratamento serem menores que quando tomados os números gerais de acesso ao tratamento pode indicar uma maior necessidade de judicialização da população negra e parda, o que evidencia as desigualdades no acesso à política, reforçando os resultados dos estudos acima.

Ademais, os dados apresentados expõem a necessidade da atenção particular e específica que se deve ter com usuários(as) da raça/cor parda e preta nos locais de

este de baixa letalidade, porém representando cerca de 30% de todos os casos de câncer no Brasil, ou seja, o de maior incidência.

¹⁵¹ Disponível em: <<https://www.medicina.ufmg.br/negros-morrem-mais-pela-covid-19/>>. Acesso em: 18 de março de 2021. Para uma reflexão sobre a situação no Brasil, sugere-se conferir o artigo de Santos et. al. (2020), "População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde".

atuação profissional, uma vez que o racismo estrutural leva à reprodução das disparidades que permeiam o cotidiano de trabalho, traduzindo-se no racismo institucional.

Tabela 5 – Estado civil dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019

	Número	Percentual
Casado(a) / União consensual	449	51,1%
Solteiro(a)	219	24,9%
Viúvo(a)	112	12,8%
Divorciado(a) / Separado(a) / Desquitado(a)	87	9,9%
Não informado	11	1,3%
Total Geral	878	100,0%

Fonte: Oliveira, 2021.

Aqui, é possível que casos de usuários em situação de união consensual estejam mencionados como casados, uma vez que é prática comum, como verificado no cotidiano de atendimentos, que o(a) usuário(a) se refira ao relacionamento como civilmente reconhecido, ainda que não esteja formalizado. Há uma chance, porém menor, de alguns dos casos se referirem a pessoas que se declarem civilmente solteiras, mesmo que estejam em uma união consensual. Sendo assim, e considerando no presente estudo que a formalização ou não do relacionamento conjugal não altera o *status* da união, optou-se por considerar ambas as situações de forma conjunta.

Os resultados aqui apontados dizem respeito a uma faixa etária que cobre toda a idade adulta e avançada, momento em que tradicionalmente são constituídos e estabelecidos os novos núcleos familiares. É possível apontar na tabela acima, sem perder de vista uma possível inconsistência nos dados, que quase 25% dos casos correspondem a pessoas solteiras, um número que pode corresponder à tendência de queda das uniões civis nos últimos anos, conforme aponta estudo do IBGE¹⁵².

É bom lembrar aqui que, nos últimos anos, o processo de judicialização na

¹⁵² Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29647-casamentos-reduzem-pelo-quarto-ano-seguido-e-passam-a-durar-menos-tempo>>. Acesso em: 12 março 2021.

política, ou o ativismo judicial, como apresentado no capítulo anterior, esteve marcado por um duplo movimento. Por um lado, é possível afirmar a tendência dos tribunais, em um movimento consonante à lógica neoliberal, em decidirem de modo conservador no que se refere ao âmbito dos direitos sociais e ampliação das políticas públicas. Por outro lado, algumas decisões judiciais permitiram o avanço em questões referentes ao âmbito dos costumes, com a superação de concepções ultrapassadas de família, valores e culturais, como por exemplo, a possibilidade da formalização da união homoafetiva, no ano de 2011.

Esta tendência, porém, pode ser alterada a partir do movimento que tem se verificado de ampliação do conservadorismo nas mais diversas esferas da vida social, com a possibilidade de alteração das forças em presença, por exemplo, no STF, a partir da substituição de juízes em decorrência de aposentadorias, com a indicação, pelo atual presidente, de figuras mais conservadoras para a ocupação daquele espaço.

Tabela 6 – Escolaridade dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019

	Número	Percentual
Sem escolaridade formal	42	4,8%
Fund. Incompleto	294	33,5%
Fundamental	243	27,7%
Médio	209	23,8%
Superior	34	3,9%
Não informado	56	6,4%
Total Geral	878	100,0%

Fonte: Oliveira, 2021.

Neste ponto, verificou-se um número considerável – 55% – de usuários com nível fundamental incompleto ou completo, dado importante que contempla alguns aspectos a serem desenvolvidos.

Em primeiro lugar, o resultado traz uma lógica que inverte a concepção de que apenas pessoas com maior escolaridade, mais esclarecidas, teriam condições de acessar o sistema de justiça. No capítulo 1 foi apresentado um documento do Banco Mundial que apresenta propostas de reestruturação do SUS, e apresenta uma crítica

à judicialização, baseada nos seus custos financeiros ao sistema, e também no fato de exacerbar as desigualdades no acesso, alegando que aqueles que teriam acesso ao sistema judicial para exigir serviços seriam, provavelmente, os mais ricos e bem informados, o que não se confirma de acordo com os dados acima.

É importante ressaltar, porém, que a amostra em estudo é especificamente referente ao acesso a uma unidade pública de saúde, o que, evidentemente, exclui casos de judicialização voltados à saúde suplementar, que não são poucos¹⁵³, cujo público pode ter um perfil bem diferente deste, porém tampouco poderiam ser abrangidos pela crítica acima.

O resultado reforça o que estudos mencionados no capítulo 2 apontam, no que se refere a ações provenientes das defensorias públicas, que a escolaridade média das pessoas que buscam a Justiça para acessar a política de saúde é o Ensino Fundamental Completo. Para compreender o que isto representa, a nível nacional, o IBGE apontou, no ano de 2019, as seguintes taxas de instrução, considerando a população com mais de 25 anos de idade: 6,4% sem instrução; 32,2% com o Ensino Fundamental incompleto; 8,0% com Ensino Fundamental completo; 4,5% com Ensino Médio incompleto; 27,4% com Ensino Médio completo; 4,0% com Superior incompleto e 17,4% com Ensino Superior completo.

Vale ressaltar que os baixos níveis de escolaridade da população brasileira e, ainda, os altos índices do que se denomina “analfabetismo funcional”, são também parte de um projeto de sociedade adequado aos interesses dos grandes capitais, como apresentam Magalhães e Cruz (2018). Os autores apresentam o processo de contrarreforma nas políticas educacionais, tomando como exemplo o movimento “Todos Pela Educação”, criado em 2005, e buscam demonstrar como o vocabulário do grande capital internacional é adaptado às suas diretrizes, contidas no Plano Nacional de Educação 2014/2024. Assim, reproduz-se mais uma vez, na educação como na saúde, a herança histórica brasileira, marcada pela criação de condições pelas elites políticas “para que o ‘reformismo social’ venha confirmar e atualizar seu domínio” (MAGALHÃES; CRUZ, 2018, p. 3). Como analisado sobretudo na seção 1.3 do presente estudo, termos como “uso eficiente dos recursos públicos”, “tecnologias”,

¹⁵³ A judicialização referente à saúde suplementar cobre 25% da população, notadamente os mais ricos, em comparação com a judicialização da saúde pública, de acordo com estudo publicado pelo CJ (2019).

“gestão”, trazem em si o propósito de incluir a educação pública aos anseios da agenda neoliberal. O artigo mencionado traz, sobre a política pública de educação, aspectos absolutamente semelhantes à política de saúde, como analisada no primeiro capítulo, como a presença de empresários do ramo na elaboração e condução da política em diferentes governos, em perfeita harmonia com as elaborações da Escola de Chicago¹⁵⁴.

É neste movimento contrarreformista que vão se mantendo as bases profundamente desiguais do país, a partir daquele poder autocrático da burguesia brasileira¹⁵⁵, “avesso à democracia real e a um efetivo processo revolucionário” que possibilitariam, ao menos em parte, o “acesso universal ao patrimônio científico e cultural”, como lembra Frigotto (2020, p. 28-29), na sua apresentação ao livro “O desafio educacional”, de Florestan Fernandes. Necessário é compreender, assim, que não é possível a revolução socialista, ou ao menos uma radical democratização da sociedade, sem que a maior parte da população, as classes subalternas, tenham acesso ao conhecimento científico e cultural, alicerçados em outros paradigmas de ensino e aprendizado, o que não será possível nos marcos do sistema do capital.

Os dados apresentados acima, considerando-se que se optou por analisar em conjunto os quesitos Ensino Médio incompleto e completo e Superior completo e incompleto, apontam uma maior concentração de casos, proporcionalmente à população em geral, em um grupo com menor nível de escolaridade.

Tabela 7 – Renda dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019

	Número	Percentual
Sem renda	19	2,2%
0-1sm	15	1,7%
2-3sm	145	16,5%
4-5sm	1	0,1%

¹⁵⁴ Escola de pensamento econômico inaugurada por George Stigler e Milton Friedman. Influente corrente econômica liberal, sobretudo a partir da segunda metade do século XX terá grande repercussão na forma como são conduzidas as políticas de diferentes governos em diversos países, tanto centrais quanto na periferia – destaque-se o caso de Chile de Pinochet – e também as propostas das agências “multilaterais”, como o Banco Mundial.

¹⁵⁵ Burguesia que, como visto, nunca foi nacional, mas sempre esteve associada ao poder imperialista, como nos lembra Frigotto (2020).

Não informado	698	79,5%
Total Geral	878	100,0%

Fonte: Oliveira, 2021.

Infelizmente, devido à ausência de informações, como se vê na tabela, não será possível analisar o presente item. Ainda assim, é possível refletir se o fato de as informações serem colhidas na recepção das clínicas onde os(as) usuários(as) são matriculados(as), pode gerar um constrangimento no momento da informação sobre sua renda. É possível mesmo que os(as) próprios(as) recepcionistas não façam a pergunta sobre renda em decorrência disto.

Mesmo no atendimento do(a) assistente social, ao realizar entrevista de avaliação social, no sigilo da sala, algumas pessoas recusam-se a dar esta informação, ou apresentam certo receio em fornecê-la, ou por terem uma renda considerada alta ou mesmo pelo medo de perderem algum benefício. Mas um dos motivos que mais chama a atenção no momento de responderem a esta pergunta é o fato de muitos(as) usuários(as) preocuparem-se se terão direito de seguir com o tratamento no Instituto, uma vez que este é gratuito, e então são prestados esclarecimentos sobre a natureza do INCA e o fato de ser parte do SUS, sistema universal e gratuito.

Como será mencionado à frente, é possível, ademais, inferir que a renda familiar bruta de grande parte dos(as) usuários(as) seja inferior a R\$ 2.000,00 (dois mil reais), já que este deve ser o valor máximo para atendimento pela DPU, origem de 37% dos casos neste estudo.

Tabela 8 – Situação previdenciária dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019

	Número	Percentual
Sem informação sobre aposentadoria	680	77,4%
Aposentado(a)	198	22,6%
Total Geral	878	100,0%

Fonte: Oliveira, 2021.

Lamentavelmente, tampouco os dados disponíveis no sistema referentes à situação previdenciária são suficientes para desenvolver uma análise sobre os

mesmos, não sendo possível realizar uma apreciação mais detida deste quesito. Vale, porém, mencionar o resultado de algumas pesquisas, ainda que focadas em quadros diagnósticos específicos, que oferecem alguns indicativos. Quanto a pacientes submetidos a laringectomia, Hannickel et al. (2002) verificaram que 60% dos 15 pacientes envolvidos na pesquisa estavam aposentados. Este mesmo público é foco de outra pesquisa mais recente (ALCÂNTARA, 2017), que identificou entre os 38 prontuários levantados, um total de 28,94% de pessoas desempregadas, seguido de 21,04% de aposentadas, entre aposentadas por idade, tempo de contribuição e invalidez.

Viero e Lara (2015), em pesquisa realizada com 102 pacientes de um serviço de oncologia no sul do País, apresentam um total de 61,8% aposentados(as). Ainda a pesquisa já mencionada (SILVA, 2016), aponta um total de 46,88% dentre os(as) 32 pacientes matriculados por via judicial entre janeiro e junho de 2015 na condição de aposentados(as) ou pensionistas.

Vale recordar que ainda hoje verifica-se uma confusão entre aposentadoria e o BPC – benefício de prestação continuada, uma vez que um dos critérios para acesso ao mesmo é a idade – idosos acima de 65 anos com renda familiar *per capita* inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Assim, é possível que alguns destes casos refiram-se a este benefício e não à aposentadoria previdenciária.

Ainda que seja incipiente o número e o impacto das pesquisas encontradas nas bases de dados sobre a temática¹⁵⁶, há uma sinalização quanto à relevância do item aposentadoria nos resultados encontrados, o que pode estar vinculado à gravidade do adoecimento por câncer e à idade predominante de acometimento pela doença.

Tabela 9 – Região de origem dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019

	Número	Percentual
Metropolitana I	679	77,3%
Metropolitana II	118	13,4%
Serrana	47	5,4%
Baixada Litorânea	14	1,6%
Médio Paraíba	8	0,9%

¹⁵⁶ Outras pesquisas foram localizadas, porém não constam informações previdenciárias no perfil socioeconômico ou sociodemográfico apresentado pelas mesmas.

Não informado	7	0,8%
Baía da Ilha Grande	2	0,2%
Centro Sul	1	0,1%
Norte	1	0,1%
Pombal / PB	1	0,1%
Total Geral	878	100,0%

Fonte: Oliveira, 2021.

A divisão por região utilizada na tabela é a mesma apresentada no Plano estadual de Atenção Oncológica (2017), que compreende as seguintes regiões de saúde: Baía de Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana. Vale ressaltar que o Rio de Janeiro é um dos menores estados do país, porém sua área, com 92 municípios, é a terceira mais populosa da federação (16.550.024 habitantes, segundo estimativa para o ano de 2015¹⁵⁷), porém conta com uma distribuição extremamente desigual da população em seu território, sendo a maior parte da população – 73,4% – concentrada nas regiões Metropolitana I (com 10.118.003 habitantes) e II (com 2.021.681 habitantes), de acordo com o IBGE (2013).

As informações acessadas demonstram que praticamente todos os casos são provenientes do estado do Rio de Janeiro. O plano, mencionado acima, prevê uma série de disposições e estratégias para a prevenção, diagnóstico precoce e acesso ao tratamento do câncer no âmbito da Rede de Atenção à Saúde do SUS. Neste sentido, o plano propõe ações conjuntas entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada, como forma de garantir uma melhor cobertura e controle das ações em seu âmbito, com destaque à estratégia da territorialização.

Vale notar que o Noroeste Fluminense não apresenta casos no período estudado, como se verifica na tabela. A hipótese que pode ser levantada diz respeito à proximidade com os municípios de Itaperuna, no estado do Rio de Janeiro e Muriaé,

¹⁵⁷ A população atual do estado do Rio de Janeiro é de 17.428.266 habitantes, em 05 de março de 2021, segundo dados disponíveis no site do CEPERJ. Disponível em: <<http://www.ceperj.rj.gov.br/Conteudo.asp?ident=69>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

em Minas Gerais¹⁵⁸, que podem concentrar os casos de tratamento de câncer das localidades do entorno, sendo encaminhados ao INCA apenas os casos mais complexos pelas vias administrativas tradicionais (regulação). A região Noroeste conta com apenas uma unidade habilitada como UNACON (Unidade de Assistência de Alta Complexidade), com serviço de Radioterapia e Oncologia Pediátrica – o Hospital São José do Avaí, no município de Itaperuna, como mencionado. Não possui serviços de Cabeça e Pescoço nem Hematologia, sendo os(as) usuários(as) encaminhados(as), de acordo com o Plano estadual, para tratamento no município do Rio de Janeiro.

Interessante mencionar que o maior número de UNACONs e CACONs (Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia) existentes no estado do Rio de Janeiro encontra-se na região metropolitana I (13 no total), porém é também nesta região que, de acordo com os parâmetros de necessidade definidos pelo plano estadual, há um maior déficit no atendimento à população, de 11 UNACONs ou CACONs¹⁵⁹.

Há que se acrescentar, por fim, dois aspectos importantes sobre os dados acima. Em primeiro lugar, a concentração da população nas áreas mais próximas à capital do estado, reforçando a tendência de urbanização, característica do sistema capitalista de produção. Este dado leva ao outro: a incidência de câncer e a urbanização enquanto processos intimamente ligados, como comprovam diversos estudos¹⁶⁰. Quando se trata, porém, da mortalidade por câncer, as taxas tendem a ser menores em áreas mais urbanizadas, devido à maior facilidade de acesso ao tratamento, segundo Ribeiro et. al. (2013).

Quanto ao processo de adoecimento, como foi mencionado, seriam inicialmente levantados: diagnóstico; estadiamento da doença; clínica em que foi matriculado e outras para as quais tenha sido encaminhado; linhas de tratamento acessadas.

¹⁵⁸ No município, que faz divisa com o estado do Rio de Janeiro em sua região Noroeste, há o Hospital do Câncer de Muriaé, da Fundação Cristiano Varela, credenciado como CACON, que recebe usuários(as) de toda a região.

¹⁵⁹ Para se ter uma melhor noção da importância estratégica da região, o déficit apresentado em 2017 era de 14 para todo o estado – 11 apenas para a Metropolitana I, 2 para a Metropolitana II e 1 para a Baixada Litorânea.

¹⁶⁰ Peto (2001); Parkin e Muir (1992); Ferlay, Parkin e Pisani (1998).

No que se refere ao diagnóstico, devido à extensa variedade de localizações de tumores / doença, considerou-se mais pertinente agrupar conforme a clínica, o que reúne de modo mais organizado e lógico os diagnósticos por localização. Sendo assim, foi excluído o resultado referente ao diagnóstico, restando não acrescentar informações relevantes ao presente estudo. Não foi possível, tampouco, identificar o estadiamento da doença ou as linhas de tratamento acessadas, devido à impossibilidade de acessar os prontuários dos(as) usuários(as) selecionados(as).

Tabela 10 – Clínica de origem dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019

	Número	Percentual
Abdome	314	35,8%
Cabeça e Pescoço	302	34,4%
Urologia	96	10,9%
Tórax	75	8,5%
Neurocirurgia	57	6,5%
Hematologia	31	3,5%
Oncologia Clínica	3	0,3%
Total Geral	878	100,0%

Fonte: Oliveira, 2021.

Importante considerar o montante de matrículas em cada uma dessas clínicas, a fim de compreender o quanto cada uma delas é demandada judicialmente, dados apresentados ao final da presente seção, ano a ano (Tabelas 18 e 19). Ao comparar com o total de matrículas realizadas nestas clínicas nos anos em análise, é possível notar que o montante de acessos segue a tendência geral, com exceção da clínica de urologia, que aqui sobressai sobre a clínica do tórax, como é possível verificar abaixo.

Mais uma vez recorre-se à plataforma RHC, a fim de verificar se os dados seguem os indicadores nacionais quanto à clínica de origem dos(as) usuários(as) no ano de 2010. Desconsiderando-se o indicador de número de cirurgias sem definição da clínica, indicado apenas por Oncologia Cirúrgica, referente a 13.125 casos, foram encontrados os seguintes dados: 14.790 de usuários(as) vinculados(as) à clínica de Urologia; 13.374 procedentes da clínica de Cabeça e Pescoço; 11.529 vinculados à clínica Abdomino-pélvica (Cirurgia Geral); 2.272 da clínica de Tórax; 841 da Neurocirurgia; além de 33.240 referentes à Oncologia Clínica e 4.803 da Hematologia,

ambas não cirúrgicas. Tomando-os como base, estes dados divergem dos resultados da pesquisa sobretudo no que diz respeito às clínicas de Urologia e Oncologia Clínica, que contam com um número bem mais significativo na base nacional. Quanto à clínica de Urologia, a explicação pode estar na defasagem gerada pela exclusão das cirurgias sem a informação de clínica, que podem concentrar casos de outras clínicas, o que acaba por dar um destaque exagerado à Urologia. Já no que se refere à Oncologia Clínica, é importante lembrar que, no HC I, esta é uma clínica com um elevado número de usuários(as), porém sua grande maioria é proveniente de outras clínicas de origem, assim o número de usuários(as) matriculados(as) diretamente naquela clínica é muito pequeno¹⁶¹.

Ressalte-se o grande número de casos contabilizado nas clínicas Abdomino-pélvica e de Cabeça e Pescoço, equivalente a 70,2% dos casos, que têm em comum o fato de serem o tabagismo e o etilismo fatores de risco de boa parte dos cânceres destas regiões, ainda que haja outros fatores, como genética, alimentação e fatores externos. Ainda que parte considerável destes casos sejam provenientes de fatores considerados evitáveis, é importante ressaltar novamente a relevância dos determinantes sociais em câncer e sua relação com o sistema capitalista de produção.

Aqui, dois aspectos devem ser destacados. Primeiramente, o fato de a desigualdade social ser comprovadamente determinante na prevalência de fatores como dieta, tabagismo, agentes infecciosos e exposições ambientais e ocupacionais a agentes cancerígenos, que determinam a suscetibilidade ao câncer. Soma-se a isto a maior dificuldade de acesso a diagnósticos precoces, devido, entre outros fatores, à escassez de profissionais médicos(as) especialistas na Atenção Básica. Em segundo lugar, tomando o exemplo do tabaco, principal fator de risco isolado para o câncer, o *lobby* empresarial e da agroindústria¹⁶², com forte apoio do governo, dificultam o

¹⁶¹ São matriculados apenas usuários(as) com alguns diagnósticos bem específicos, como Mielomas Múltiplos e Linfomas, sendo ainda divididos com a Hematologia, que também matricula estes casos.

¹⁶² No Brasil, a produção de fumo é centrada na região Sul, fomentada pelos incentivos à agroindústria, onde intensifica-se o processo de desmatamento, devido à exigência de construção de estufas para secagem das folhas e uso de lenha como combustível. Boeira (2006, p. 37) destaca, sobre o consumo de tabaco e a responsabilização do indivíduo: “[...] A liberdade que o cidadão pode ter, em princípio, ao experimentar o consumo regular de tabaco como parte de seu estilo de vida, restringe-se fortemente por fatores alheios ao seu conhecimento e até mesmo ao seu domínio volitivo – o que está associado à natureza do cérebro, à idade de início do consumo, à quantidade consumida e especialmente à tecnociência aplicada à nicotina e a outros componentes do cigarro (Associated Press, 1998; Henningfield, 1988; INCA, 1996). O risco é, portanto, parcialmente involuntário, e é tanto mais involuntário quanto mais jovem for o cérebro atingido pela nicotina e pela tecnociência. E também tende a ser mais involuntário quanto mais frágil for o capital cívico no qual o

estabelecimento de políticas antitabaco eficazes. Além disso, a urbanização, distintiva do desenvolvimento do capitalismo, tem forte influência não só nos índices de tabagismo, mas também na dieta, marcada pelo consumo de alimentos com alta densidade de energia.

Tabela 11 – Clínica de origem dos(as) usuários(as) com pedido judicial não matriculados(as) no HC I – 2010 a 2019

	Número	Percentual
Abdome	96	32,0%
Cabeça e Pescoço	71	23,7%
Urologia	59	19,7%
Tórax	36	12,0%
Hematologia	24	8,0%
Neurocirurgia	13	4,3%
Oncologia Clínica	1	0,3%
Total Geral	300	100,0%

Fonte: Oliveira, 2021.

Quanto às clínicas para matrícula, foi possível verificar também as informações referentes aos usuários que não tiveram a matrícula efetivada, não sendo, porém, possível contabilizar em números exatos os casos de óbito antes do acesso.

Tabela 12 – Status do tratamento dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019

	Número	Percentual
Em curso de tratamento	285	32,46%
Óbito após a matrícula	593	67,54%
Total Geral	878	100,0%

Fonte: Oliveira, 2021.

No que se refere às linhas de tratamento acessadas, não foi possível acessar o dado, porém um achado interessante refere-se ao óbito dos usuários após a matrícula. Ao identificar quanto tempo após a matrícula isso ocorreu é possível fazer

consumidor se insere como cidadão [...]”. Isto explica os fortes investimentos da indústria do tabaco sobre o público jovem.

uma análise da sobrevida após acesso ao tratamento – o tempo decorrido entre a matrícula do(a) usuário(a) e o óbito.

Considerando o intervalo de tempo analisado na pesquisa – 10 anos – os números, por si só, não chamariam a atenção, uma vez que, de todos os usuários que recorreram ao tratamento por meio da Justiça no período, mais de 30% seguiam em tratamento até março de 2021, quando foi concluída a sistematização dos dados. Este número, porém, pode se referir àqueles que acessaram o tratamento no último ano pesquisado, não sendo possível, portanto, somente com estes dados, mensurar a sobrevida destes(as) usuários(as).

Assim, a tabela abaixo pode oferecer uma ideia mais detalhada quanto ao dado.

Tabela 13 – Tempo de evolução a óbito dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019

	Número	Percentual
Em até 30 dias	120	20,2%
Entre 1 e 6 meses	249	42,0%
Entre 6 meses e 2 anos	169	28,5%
Entre 2 e 5 anos	45	7,6%
Entre 5 e 10 anos	3	0,5%
Sem informação	7	1,2%
Total Geral	593	100,0%

Fonte: Oliveira, 2021.

Estes dados, colhidos ainda no ano de 2020, podem apresentar certa defasagem, uma vez que entre a coleta e a data atual, outros(as) usuários(as) podem ter ido a óbito, porém, se for considerado que a maior parte dos casos diz respeito ao período dos dois primeiros anos após a matrícula, o impacto sobre o resultado tende a ser pequeno. À época, o número de óbitos correspondia a 67,5% do total de casos, o que reforça a premissa de que, de acordo com a média mais recente de óbitos, este dado não pode ter se alterado drasticamente.

Se tomados os óbitos nos primeiros seis meses de tratamento, tem-se 62,2% do total de óbitos, número significativo, indicando que os(as) usuários(as) provavelmente chegaram ao Instituto já com quadros avançados da doença, sem

possibilidades de tratamentos curativos.

Aqui vale um parêntese para apresentar o conceito de cuidados paliativos, muito debatido no meio oncológico, porém não apenas. Segundo a OMS¹⁶³, cuidados paliativos

consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

No site do INCA¹⁶⁴, cuidados paliativos são definidos como “os cuidados de saúde ativos e integrais prestados à pessoa com doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade de sua vida”. No Instituto, há uma unidade hospitalar específica para cuidados paliativos oncológicos, o Hospital do Câncer IV, e os(as) usuários(as) que não apresentam possibilidades de serem submetidos(as) a tratamento curativo são a ela encaminhados(as) para cuidados voltados à qualidade de vida do(a) usuário(a) e seus familiares através da prevenção e alívio do sofrimento, como detalhado no referido site.

O início do cuidado paliativo deve se dar o mais precoce possível, considerando que, com o avanço da doença, mesmo em vigência do tratamento com proposta curativa, compreende-se que a abordagem paliativa deve ser ampliada visando também cuidar dos aspectos psicológicos, sociais e espirituais. Reforça-se, assim, a importância de os profissionais das diferentes áreas da saúde, em todas as unidades assistenciais do Instituto, serem treinados e realizarem os cuidados paliativos, em um formato que não gere um rompimento tão brusco, como ocorre na rotina atual.

Abordaremos agora o aspecto da judicialização em si, sendo apresentado: origem da demanda (advogado particular, DPGE, DPU e outras); tempo entre a busca pelo Judiciário e a efetivação da matrícula. Nesta seção é importante lembrar que os dados contemplaram o previsto no projeto, não havendo necessidade de adaptações, porém como será visto, ao realizar o levantamento foi verificado que muitos usuários(as) que ingressaram com pedidos judiciais para acesso a tratamento já

¹⁶³ Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/gestao_da_qualidade.pdf>. Acesso em: 08 março 2021.

¹⁶⁴ Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>>. Acesso em: 08 março 2021.

tinham matrícula à época.

Antes de prosseguir, abaixo seguem algumas definições importantes para melhor compreender as origens dos processos, extraídas dos respectivos sites oficiais, sobre as instituições da Justiça aqui mencionadas.

A Defensoria Pública da União (DPU) é a instituição brasileira responsável por orientar e defender, judicial e extrajudicialmente, em todos os graus, de forma integral e gratuita, a todas as pessoas que não podem pagar pelos custos de um advogado particular. Foi criada pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, como instituição essencial à função jurisdicional do Estado, pela prestação de assistência jurídica aos necessitados¹⁶⁵.

De acordo com sua carta de serviços, a DPU atua

de forma corretiva, preventiva e consultiva perante a Justiça Federal, Eleitoral, do Trabalho, Militar, nos Tribunais Superiores, no Supremo Tribunal Federal e nos Juizados Especiais Federais, nas mais diversas áreas de atuação, inclusive, direitos humanos, criminal, previdenciário e assistencial, com a finalidade de minimizar os conflitos de interesse da sociedade e de corrigir possíveis falhas que atentem contra os direitos sociais previstos na magna carta (BRASIL, 2020, p. 5).

Em regra, a Defensoria Pública da União presta assistência jurídica integral e gratuita às pessoas com renda familiar bruta que não ultrapasse o valor total de R\$ 2.000,00, conforme Resolução CSDPU nº134/2017. As exceções acima desse valor de referência, como o comprometimento de parte significativa da renda com medicamentos de alto custo, são avaliadas caso a caso pelo defensor público federal.

A Defensoria Pública da União, de acordo com o seu site, atua com muita frequência na área da saúde, com auxílio gratuito ao cidadão de baixa renda na busca por atendimento em casos como: solicitação de medicamentos e insumos não fornecidos pelo SUS; pedidos de cirurgias e procedimentos negados pelo Poder Público; marcação de consultas com especialistas e exames; procedimentos emergenciais de saúde; Tratamento Fora de Domicílio (TFD); fisioterapia e reabilitação em geral; tratamento domiciliar.

As Varas Federais são, por sua vez, representações do Poder Judiciário federal em determinado território. Na Seção Judiciária do Rio de Janeiro, há varas federais

¹⁶⁵ Chuairi (2001, p. 130) recorda que a assistência jurídica integral e gratuita esteve presente em todas as constituições brasileiras, com exceção apenas da que instituiu o Estado Novo, de 1937.

na capital e nas 19 subseções em todo o estado. As varas federais são divididas fisicamente em duas seções: a secretaria (ou cartório), onde há o atendimento ao público e é realizada a tramitação processual, e o gabinete, onde oficia o juiz federal responsável – titular ou substituto. Em cada vara federal, há também uma sala destinada para audiências.

Tanto as Vara Federais quanto os Juizados Especiais Federais – JEFs estão vinculados à Justiça Federal, sendo estes últimos representações do Poder Judiciário Federal responsáveis por julgar as ações com causas até 60 salários-mínimos ou pena até dois anos ou multa. Na Seção Judiciária do Rio de Janeiro, há juizados especiais federais na capital e nas 19 subseções em todo o estado. Na capital e nos municípios de Niterói, São João de Meriti, São Gonçalo, Resende, Volta Redonda, Campos, Nova Friburgo, Petrópolis, Duque de Caxias e Nova Iguaçu, os juizados não estão vinculados à nenhuma vara federal – ou seja, são autônomos. Nas demais localidades do estado, eles pertencem à estrutura da vara federal - adjuntos.

A Justiça Federal foi instituída no Brasil poucos meses após a Proclamação da República, por meio do Decreto nº 848/1890, como decorrência da forma federativa de organização do Estado. Diante da nova estrutura da Justiça Federal de 1º e 2º graus, a partir de 1989, agora mais complexa e descentralizada para fazer face à avalanche de demandas judiciais, além de favorecer seletivamente o acesso e desafogar as varas federais, foi decretada e sancionada a Lei nº 10.259/2001, que dispõe sobre a instituição dos juizados especiais cíveis e criminais no âmbito da Justiça Federal, com competência para “processar e julgar causas de competência da Justiça Federal até o valor de sessenta salários-mínimos, bem como executar suas sentenças”.¹⁶⁶

A Advocacia-Geral da União (AGU) é uma instituição prevista pela Constituição Federal, e tem natureza de Função Essencial à Justiça, não se vinculando, por isso, a nenhum dos três Poderes que representa. O Advogado-Geral da União, dentre outras atribuições, deve assessorar direta, imediata e pessoalmente o Presidente da República, dirigir a AGU e representar a União junto ao Supremo Tribunal Federal. Nos termos do art. 131 da Constituição, "a Advocacia-Geral da União (AGU) é a instituição que, diretamente ou através de órgão vinculado, representa a União,

¹⁶⁶ Disponível em: <https://www.jfrj.jus.br/sites/default/files/NCOS---SEASI/mapa.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2021.

judicial e extrajudicialmente, cabendo-lhe, nos termos da lei complementar que dispuser sobre sua organização e funcionamento, as atividades de consultoria e assessoramento jurídico do Poder Executivo".

A atuação consultiva AGU se dá por meio da consultoria e do assessoramento e orientação às autoridades e dirigentes do Poder Executivo, para dar segurança jurídica aos atos administrativos que serão por eles praticados, notadamente quanto ao planejamento e execução das políticas públicas, à viabilização jurídica das licitações, contratos, convênios e acordos, à atuação em processos administrativos disciplinares, à defesa de agentes públicos perante o Tribunal de Contas da União, e, ainda, à proposição e análise de atos normativos (Emendas à Constituição, Leis, Medidas Provisórias, Decretos, Portarias e Resoluções, entre outros).

Além disso, desenvolvem-se atividades de mediação, conciliação e arbitramento, cujo objetivo é o de resolver administrativamente os litígios entre os órgãos e entidades do Poder Executivo e, eventualmente, de outros Poderes e entes da Federação, evitando, assim, a provocação do Poder Judiciário.

Na formatação jurídico-constitucional das políticas públicas sobressaem, como atribuições da AGU, a preservação dos direitos e garantias fundamentais do cidadão, bem como das prerrogativas do Estado brasileiro, em última análise, propiciando prevenir o surgimento de litígios ou disputas jurídicas e judiciais.

A AGU possui atribuição para atuar em todos os foros, regiões e instâncias judiciais: Supremo Tribunal Federal, Superior Tribunal de Justiça, Justiça do Trabalho, Justiça Militar, Justiça Eleitoral, Justiça Federal e Justiças dos Estados e do Distrito Federal. Já a representação extrajudicial é exercida perante entidades não vinculadas ao Poder Judiciário, como órgãos administrativos da própria União, dos Estados ou dos Municípios.¹⁶⁷

A Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) é uma iniciativa da Procuradoria Geral do Estado (PGE-RJ) em parceria com as Defensorias Públicas do Estado e da União e as Secretarias estadual e municipal de Saúde. Criada em 2013 como um centro de conciliação e de mediação para marcar cirurgias, receber medicamentos ou obter transferências entre unidades hospitalares, tem como objetivo evitar a judicialização das demandas, buscando resoluções administrativas

¹⁶⁷ Disponível em: <https://www.gov.br/agu/pt-br/capa-com-redes-sociais/#>. Acesso em: 28 fev. 2021.

extrajudiciais. A PGE-RJ é, por sua vez, o órgão responsável pela representação judicial e consultoria jurídica do Estado do Rio de Janeiro. Supervisiona os serviços jurídicos das administrações direta e indireta, atua no controle interno da legalidade dos atos da Administração Pública e defende judicial e extrajudicialmente os interesses legítimos do Estado. Suas principais atribuições estão previstas no artigo 132 da Constituição Federal e no artigo 176 da Constituição do Estado do Rio de Janeiro, destacando-se aquela em que se estabelece, entre suas funções, a de órgão central do Sistema Jurídico Estadual.

Já a Justiça Estadual (comum), como o TJRJ, é composta pelos juízes de Direito (que atuam na primeira instância) e pelos chamados desembargadores, que atuam nos tribunais de Justiça (segunda instância), além dos juzizados especiais cíveis e criminais. A ela cabe processar e julgar qualquer causa que não esteja sujeita à competência de outro órgão jurisdicional (Justiça Federal comum, do Trabalho, Eleitoral e Militar), o que representa o maior volume de litígios no Brasil. Sua regulamentação está expressa nos artigos 125 a 126 da Constituição.¹⁶⁸

Quanto à Defensoria Pública do estado do Rio de Janeiro, é uma instituição pública cuja função é oferecer, de forma integral e gratuita, assistência e orientação jurídica aos cidadãos que não possuem condições financeiras de pagar as despesas destes serviços. Além disto, promove a defesa dos direitos humanos, direitos individuais e coletivos e de grupos em situação vulnerável. A assistência jurídica gratuita aos vulneráveis é um direito e garantia fundamental de cidadania previsto no artigo 5º, LXXIV da Constituição da República. A gratuidade de justiça abrange honorários advocatícios, periciais, e custas judiciais ou extrajudiciais.¹⁶⁹

Tabela 14 – Origem da demanda judicial dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019

	Número	Percentual
DPU	325	37,0%
Vara Federal	186	21,2%

¹⁶⁸ Disponível em: <[https://stf.jusbrasil.com.br/noticias/2535347/sistema-judiciario-brasileiro-organizacao-e-competencias#:~:text=O%20Poder%20Judici%C3%A1rio%20%C3%A9%20regulado,Federal%20\(STF\)%20no%20topo.&text=No%20sistema%20Judici%C3%A1rio%20brasileiro%2C%20h%C3%A1,o%20Distrito%20Federal%20e%20Territ%C3%B3rios](https://stf.jusbrasil.com.br/noticias/2535347/sistema-judiciario-brasileiro-organizacao-e-competencias#:~:text=O%20Poder%20Judici%C3%A1rio%20%C3%A9%20regulado,Federal%20(STF)%20no%20topo.&text=No%20sistema%20Judici%C3%A1rio%20brasileiro%2C%20h%C3%A1,o%20Distrito%20Federal%20e%20Territ%C3%B3rios)>. Acesso em: 28 fev. 2021.

¹⁶⁹ Disponível em: <https://www.defensoria.rj.def.br/Institucional/o-que-e-defensoria>. Acesso em: 28 fev. 2021.

Não Informado	119	13,6%
AGU	111	12,6%
JEF	47	5,4%
JFRJ	28	3,2%
TJRJ	25	2,8%
DPGERJ	16	1,8%
Outros	9	1,0%
Câmara de Resolução de Litígios em Saúde	7	0,8%
Vara de Execuções Penais	5	0,6%
Total Geral	878	100,0%

Fonte: Oliveira, 2021.

Aqui, muitos são os fatores que podem ser analisados, porém, devido ao propósito do estudo, serão apresentados apenas alguns aspectos que interessam ao tema.

Em primeiro lugar, é necessário destacar que optou-se por desmembrar os números referentes à Vara Federal e ao Juizado Especial Federal, ambos pertencentes à Justiça Federal, uma vez que se considerou importante sinalizar, quando em destaque no banco de dados, a origem do pedido com maior exatidão. Se, porém, for considerada apenas a Justiça Federal, englobando a Vara e o Juizado, tem-se um número absoluto de 261 casos, o que representa 29,8% do total, ultrapassando, assim, o número de casos enviados pela AGU e os casos sem a informação de origem.

Se não há dados suficientes quanto à renda, como verificado no item anterior, aqui é possível ter uma noção sobre este dado, uma vez que o atendimento nas defensorias públicas da União e do estado do RJ é voltado à população com renda mensal líquida individual for de até 3 (três) salários mínimos ou a renda mensal líquida familiar for de até 5 (cinco) salários mínimos, no caso da DPGERJ, e renda familiar bruta que não ultrapasse o valor total de R\$ 2.000,00, no caso da DPU. Assim, há uma pista sobre a renda desta população, uma vez que os casos provenientes das Defensorias representam 38,8% dos casos.

Chamou também atenção o pequeno número de encaminhamentos através da Câmara de Resolução de Litígios em Saúde, que atende, importante destacar, apenas os municípios do Rio de Janeiro. Uma vez, porém, que o município do Rio de Janeiro

representa, sozinho, 38% dos casos apresentados, esperava-se que este número fosse maior.

O fato de a DPU representar o maior número de casos se deve ao fato de se tratar de uma unidade hospitalar federal, sendo assim, as causas a ela dirigidas são da competência da Justiça Federal.

É bom lembrar aqui a evolução histórica do acesso à Justiça, até chegar ao ponto de ser estabelecido um sistema de defensoria públicas, que revelam uma ampliação considerável no público contemplado. Tendo isto em vista, deve-se levar em conta o fato de que, no Brasil, com a passagem da República Velha à República Nova, paulatinamente a Justiça, antes reduzida ao âmbito privado, submetida aos coronéis ou chefes locais, passa a vincular-se ao chefe do Estado, como mencionado no segundo capítulo. Porém, é somente com a Constituição de 1988, que está prevista a criação de instâncias que permitam o acesso das classes subalternas à Justiça, como as Defensorias Públicas, acima mencionadas.

O objeto da investigação proposta situa-se, então, no quadro histórico inaugurado pela promulgação da Constituição de 1988, que marca um ponto de encontro e, pode-se afirmar, de maior fluidez entre política e Justiça. Isto porque amplia-se a previsão legal de direitos sociais e fundamentais, ao mesmo tempo em que, com o estabelecimento de uma Justiça gratuita, a partir da instituição das Defensorias Públicas (estaduais e federal), o acesso da população em geral ao sistema judiciário também é potencialmente ampliado. Na atualidade, portanto, ao mesmo tempo em que ganha terreno, o processo de judicialização passa a apresentar contornos mais democráticos, ainda que possa contar com sérios limites, como uma possível seletividade do sistema, como analisado no segundo capítulo.

Para que se possa partir de dados concretos que permitam compreender melhor os números apresentados, vale citar duas fontes: a pesquisa, já mencionada acima, realizada entre janeiro e junho de 2015 (SILVA, 2016), no INCA, que levantou o perfil de pacientes matriculados por via judicial nas clínicas de Cabeça e Pescoço, Urologia, Abdomen, Neurocirurgia, Tórax e Radioterapia; e os resultados de pesquisa realizada em conjunto com o INSPER, pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2019).

Da primeira pesquisa, destaca-se a princípio o total de matrículas realizadas por ordem judicial nas clínicas citadas, que representou 1,25% do total,

correspondente, em números absolutos, a 32 pacientes. Importante destacar, porém, que o número inicial era exatamente o dobro deste, mas os outros 32 usuários não chegaram a efetivar a matrícula, por motivos, em sua maior parte, não apresentados (em alguns casos, o Instituto foi notificado sobre o óbito dos mesmos).

No que se refere ao levantamento realizado pelo CNJ, destaca-se o crescimento das demandas de primeira instância relativas ao direito à saúde, que saltou de 41.453 em 2008 para 95.752 em 2017 (crescimento de 130%), quando é considerado o ano de distribuição dos processos. Já no que diz respeito à tramitação em segunda instância, verificou-se, entre 2009 e 2017, um crescimento de cerca de 85%.

No caso do Rio de Janeiro, o Tribunal de Justiça registrou queda acentuada, em valores totais, das ações judiciais no tema saúde, destoando da evolução da intensidade registrada no Brasil como um todo. Isto pode decorrer, de acordo com o estudo, de experiências de implementação de ações voltadas ao equacionamento das causas da judicialização, administrativa ou judicialmente.

Tabela 15 – Origem da demanda judicial dos(as) usuários(as) com pedido judicial não matriculados(as) no HC I – 2010 a 2019

	Número	Percentual
DPU	168	56,0%
Vara Federal	43	14,3%
Não Informado	31	10,3%
AGU	26	8,7%
TJRJ	13	4,3%
JEF	7	2,3%
Outros	6	2,0%
JFRJ	6	2,0%
Total Geral	300	100,0%

Fonte: Oliveira, 2021.

É interessante notar que a DPU representa o maior número de casos de matrícula, porém também o que mais recebe recusas de efetivação de matrícula. Isto pode ser explicado pelo fato de ser a Defensoria da União uma instituição que não emite mandados judiciais ou ordens judiciais, apenas pode oficiar o Instituto, o que

permite uma resposta negativa deste sem o risco de ser penalizado.

Algumas destas matrículas podem não ter sido efetuadas, ainda, devido a óbito do usuário, porém não há, como mencionado anteriormente, como precisar o número de casos, uma vez que depende da comunicação de familiares ao Instituto, o que raramente ocorre.

Tabela 16 – Intervalo de tempo para acesso dos(as) usuários(as) matriculados(as) judicialmente no HC I – 2010 a 2019

	Número	Percentual
0 a 14 dias	374	42,6%
15 a 29 dias	31	3,5%
30 a 44 dias	13	1,5%
45 a 59 dias	8	0,9%
60 dias ou mais	19	2,2%
Matrícula antes do encaminhamento da demanda	433	49,3%
Total Geral	878	100,0%

Fonte: Oliveira, 2021.

Ao realizar a sistematização dos dados, verificou-se que quase a metade das matrículas efetivadas no período estudado foram realizadas antes dos processos chegarem ao HC I. Ainda que seja possível levantar algumas suposições quanto aos motivos que levaram ao acionamento da Justiça para a efetivação do tratamento, como uma possível demora entre a abertura da ação ou pedido na origem e a sua chegada ao HC I, há um compósito de dados que não foram suficientemente aclarados.

Desde o ano de 2012, a Lei nº 12.732 – dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início – define que o usuário(a) deve acessar o tratamento em no máximo 60 dias. A matrícula no Instituto não representa, necessariamente, início imediato do tratamento, uma vez que para garantir o estabelecimento de uma proposta interventiva adequada é necessário, via de regra, repetir a biópsia, realizar exames adicionais, muitas vezes enfrentando-se filas para o seu agendamento, para, somente então, iniciar o tratamento indicado. Desta forma, aqui pode estar uma outra possível explicação para o número de casos de pedidos judiciais para tratamento de usuários(as) já

matriculados(as) na instituição.

Devido às restrições no campo das possibilidades já mencionadas, será incluída no presente item apenas uma tabela indicando o tempo entre a matrícula e a chegada da demanda à unidade, minudenciando o último item da tabela anterior. Deste modo, tem-se:

Tabela 17 – Intervalo de tempo das matrículas anteriores à demanda judicial no HC I – 2010 a 2019

	Número	Percentual
1 a 14 dias	154	35,6%
15 a 29 dias	71	16,4%
30 a 44 dias	48	11,1%
45 a 59 dias	42	9,7%
60 dias ou mais	118	27,3%
Total Geral	433	100,0%

Fonte: Oliveira, 2021.

Como se pode notar, a maior parte dos casos está concentrada nos primeiros 30 dias (52%) após a matrícula, o que pode sugerir que os atrasos digam respeito a procedimentos burocráticos de registro dos pedidos judiciais. É importante destacar também que a “Lei dos 60 dias” pode ter sido um fator motivador dos pedidos judiciais, sobretudo aqueles que chegaram ao HC I após um período maior que 30 dias. Importante sinalizar que, entre os casos com mais de 60 dias, apenas cinco deles referem-se a um intervalo maior que um ano.

A fim de estabelecer algumas correlações entre o período de implementação do SER no INCA e o impacto no número de matrículas, abaixo seguem duas tabelas que auxiliam na exposição dos dados do período.

Tabela 18 – Demanda judicial dos(as) usuários(as) matriculados(as) por clínica no HC I – 2010 a 2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Abdômen	12	11	16	57	98	44	20	13	17	26	314
Cabeça e Pescoço	6	5	10	65	117	39	14	12	13	21	302
Hematologia	3	3	2	2	5	3	4	0	2	7	31
Neurocirurgia	8	6	9	7	6	5	3	3	5	5	57

Oncologia Clínica	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3
Tórax	3	4	0	6	23	7	10	2	10	10	75
Urologia	3	7	10	12	22	15	3	5	9	10	96
Total Geral	35	36	47	149	271	114	55	35	57	79	878

Fonte: Oliveira, 2021.

Como é possível verificar, nos anos que antecedem a implementação do SER, que se deu em 2013 nas clínicas acima, à exceção da clínica de hematologia, que aderiu apenas em 2018, o número de encaminhamentos por via judicial se mantém estável. Ocorre, porém, sobretudo no ano de 2013 e nos dois subsequentes um aumento considerável destes números, dado que pode significar um gargalo inicial com a criação das filas virtuais para acesso ao tratamento.

Ao verificar o protocolo do solicitante do SER para tratamento oncológico ambulatorial¹⁷⁰, é interessante notar que entre os dados necessários para cadastro do(a) usuário(a) no sistema, há a opção “natureza da solicitação”, onde o solicitante deve preencher se é mandado judicial ou não. Mais uma vez chama a atenção a institucionalização da judicialização, formalizando-se o que deveria ser a exceção. Esta lógica reitera o reconhecimento, pelo poder público, da realidade da busca por soluções junto ao Judiciário, para questões de acesso à saúde, e sugere, ainda, a existência de mandados ou solicitações da Justiça para ingresso no SER nos últimos anos – o protocolo tem vigência a partir de junho de 2017.

Ora, pode-se inferir daí que o próprio sistema judiciário tem compreendido os riscos já apontados de uma potencial injustiça no acesso, quando deixa de encaminhar diretamente aos locais de tratamento as solicitações, pulando a etapa da regulação, e passa a encaminhar o(a) usuário(a) para realização de cadastro no SER. Interessante apontar que a partir de 2016 os números de fato reduzem, o que pode também ser um indicativo de incorporação desta forma de condução dos casos pela Justiça.

Os resultados acima chamam também a atenção uma vez que não refletem o quadro mais geral de judicialização no Brasil, que aponta, em 2010, uma soma total de novos processos no sistema judiciário foi de 23.990.659, com um aumento

¹⁷⁰ Disponível em: <<http://old.cremelj.org.br/downloads/813.PDF>>. Acesso em: 16 maio 2021.

destacado nos anos seguintes, até o ano de 2014 (29.009.308), quando os números passam a oscilar até 2019, ano em que são contabilizados 30.214.346 novos casos.¹⁷¹ É possível notar, então, um aumento de processos entre os anos em questão, que não se revelam nos dados apresentados.

Tabela 19 – Usuários(as) matriculados(as) por clínica no HC I – 2010 a 2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Abdomen	785	1158	1516	1162	963	1109	1152	1346	884	1104	11179
Cabeça e Pescoço	1378	1516	1530	982	1232	1153	771	1219	914	988	11683
Hematologia	192	189	215	168	177	203	189	214	144	170	1861
Neurocirurgia	86	143	210	191	105	131	140	137	180	160	1483
Oncologia Clínica	345	299	283	316	323	354	330	375	161	123	2909
Tórax	563	719	712	503	489	486	557	563	469	417	5478
Urologia	222	345	393	320	437	520	289	390	471	498	3885
Total Geral	3571	4369	4859	3642	3726	3956	3428	4244	3223	3460	38478

Fonte: INCA, 2021.

Ao tomar os números gerais de matrículas pelas clínicas estudadas, há, no ano de 2013, com exceção da Oncologia Clínica, uma redução no número de matrículas com relação ao ano anterior, que pode ser decorrente das adaptações institucionais para ingresso no SER, porém aqui os números não chamam a atenção como no caso da judicialização. É interessante notar que nos anos imediatamente anteriores à implantação do sistema de regulação na maior parte das clínicas acima mencionadas (excetuando-se a Hematologia), ou seja, entre 2010 e 2012, havia uma tendência de crescimento do número de matrículas, destacadamente nas clínicas de Abdomen, Cabeça e Pescoço e Urologia. Esta tendência pode ter sido interrompida pelo próprio processo de implantação do SER, a partir de 2013, quando os números adquirem uma estabilidade.

Ao considerar a clínica de Hematologia, que aderiu ao sistema de regulação no ano de 2018, é também importante notar a queda no número de usuários(as)

¹⁷¹ Disponível em: <https://paineis.cnj.jus.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=qvw_l%2FPainelCNJ.qvw&host=QVS%40neodimio03&anonymous=true&sheet=shResumoDespFT>. Acesso em: 13 março 2021.

matriculados(as) naquele ano, representando o menor número de matrículas do período estudado naquela clínica.

Antes de prosseguir, tomando novamente o Plano estadual de Atenção Oncológica do RJ, é importante sinalizar que o próprio documento, datado de 2017, indica o(a) médico(a) de família das equipes da Atenção Básica como responsável pela regulação da população do território (SES-RJ, 2017, p. 42). No que se refere à regulação de vagas como um todo, no SUS, incluindo, por exemplo, regulação de leitos hospitalares, há um debate em curso sobre a alocação de assistentes sociais em núcleos de regulação, como está previsto no manual para implantação dos Núcleos Internos de Regulação nos hospitais gerais e especializados (BRASIL, 2017). Sobre a temática, não foi possível localizar produção bibliográfica, mas é possível destacar a Resolução nº 02/2020 do CRESS-RN, que estabelece, entre outros, o seguinte: “a regulação de leitos hospitalares e a marcação de exames/consultas não se configura como atribuição do(a) profissional Assistente Social”.

Esta resolução encontra respaldo na compreensão de que sobre os(as) assistentes sociais costumam recair, em seus diversos locais de atuação, tarefas mecânicas e burocráticas, desconsiderando os pressupostos formativos e revelando um desconhecimento institucional quanto às suas competências e atribuições. Neste aspecto, é fundamental o posicionamento cotidiano do(a) profissional junto à equipe e à instituição na pessoa de seus(as) superiores, no sentido de prestar esclarecimentos quanto à profissão.

Considerando que a implantação do sistema de regulação no SUS é relativamente recente, já que foi instituída em 2008 e sua implementação é iniciada paulatinamente apenas nos anos seguintes, certamente muitos debates e polêmicas ainda surgirão neste campo, não sendo aqui possível aprofundar as reflexões sobre o tema.

Tabela 20 – Percentual de demanda judicial por clínica no HC I – 2010 a 2019

	Pacientes matriculados no HC I	Pacientes com demanda judicial	Percentual
Abdome	11179	314	2,8%
Cabeça e Pescoço	11683	302	2,6%
Hematologia	1861	31	1,7%
Neurocirurgia	1483	57	3,8%

Oncologia Clínica	2909	3	0,1%
Tórax	5478	75	1,4%
Urologia	3885	96	2,5%
Total Geral	38478	878	2,3%

Fonte: INCA, 2021; Oliveira, 2021.

Outro aspecto importante na pesquisa, ao acessar os números totais de matriculados nas clínicas em questão, foi a possibilidade de mensurar os níveis da judicialização em cada uma delas. Infelizmente, devido à ausência de pesquisas que pudessem apontar este dado em outros locais, não será possível realizar um comparativo que permita uma interpretação mais detalhada dos dados.

Verifica-se uma média de pouco mais de 2% de casos de acesso ao tratamento por via judicial, percentual pequeno sobretudo quando se considera haver certa margem de manobra na gestão de vagas destas clínicas, destinadas a situações excepcionais, como o ingresso pela via judicial. Considerando a hipótese inicial do presente estudo e a importância deste dado específico para o seu desvelamento, a questão será abordada na próxima seção, com o objetivo de trazer elementos que possam melhor esclarecer os resultados encontrados.

3.2 A judicialização do tratamento oncológico e os desafios ao Serviço Social no HC I

Os dados acima apresentados trazem alguns aspectos que merecem atenção, a partir da hipótese levantada no processo de desenvolvimento da tese, qual seja: a negação do direito à saúde, como parte das contrarreformas encetadas nas duas últimas décadas, somada a uma ampliação do acesso à Justiça no Brasil, a partir da Constituição de 1988, pode ter reorientado a forma de ingresso na alta complexidade do SUS, refletindo-se na forma como é acessado o tratamento no Hospital do Câncer I / INCA.

De fato, como foi possível perceber no decorrer das leituras e investigações sobre a judicialização no país, o período que se segue à promulgação da carta constitucional é marcado por uma inflexão, caracterizada por seu crescimento progressivo nas décadas subsequentes. Ao refletir sobre este processo em uma unidade da alta complexidade do SUS, porém, foi fundamental levar em conta a

implementação do sistema de regulação como porta de entrada do(a) usuário(a), optando-se, como visto, por considerar um período que incluísse a sua implantação.¹⁷² Neste sentido, vale apontar aqui alguns elementos que podem explicar a particularidade institucional, auxiliando na compreensão dos resultados da pesquisa.

Os números encontrados a partir da pesquisa realizada para elaboração de TCR, sob orientação conjunta desta pesquisadora (SILVA, 2016), referentes a um período de seis meses (de janeiro a junho de 2015), contemplado no presente estudo, com quase todas as clínicas aqui destacadas¹⁷³, indicavam uma taxa ainda inferior, de 1,25%, de matrículas efetivadas por via judicial. Este resultado chamou a atenção e mobilizou o interesse em aprofundar as investigações, a fim de compreender de forma mais ampliada o modo como o processo de judicialização para acesso ao tratamento se apresentava na especificidade no INCA. A hipótese levantada parte desta preocupação, e os resultados explicitam uma realidade muito particular, expondo a necessidade de sua ressignificação e, para tanto, alguns aspectos podem ser indicados. Vale destacar, neste sentido, que, “para o pensamento dialético, no processo de conhecimento, o elemento que dirige o processo, que implica a sua direção, é o objeto, não o sujeito” (NETTO, 2011b, p. 340), e são os elementos próprios, específicos, da realidade em estudo que serão apresentados a seguir, norteando a análise.

Em primeiro lugar, destacamos o aumento considerável verificado no ingresso por meios judiciais nos três primeiros anos a partir da implementação do SER nas clínicas em questão, tendendo para uma estabilização nos anos seguintes, chegando, no ano de 2017, ao mesmo número de 2010. Ainda que seja um movimento recente, processo que, no Brasil, começa a tomar vulto a partir dos anos 1990 como reflexo do modelo constitucional adotado, é possível afirmar que nos últimos anos a

¹⁷² Quanto às motivações e dificuldades enfrentadas pelos(as) usuários(as) que acessaram o tratamento pela via judicial, a inviabilidade de realizar a leitura dos seus prontuários em decorrência da pandemia e da extensão da pesquisa, como mencionado em seção anterior, impossibilitou definir com precisão as trajetórias que levaram os(as) usuários(as) à Justiça. Considerando as clínicas analisadas em sua totalidade, os resultados da pesquisa apontam para uma estabilidade antes e após a implantação do SER, no que concerne ao número de vagas disponíveis para matrículas. Deste modo, possíveis mudanças poderiam estar situadas no período que antecede a matrícula, ou seja, uma melhora ou uma piora na morosidade desde o início dos sintomas até a comprovação do diagnóstico – que também exige, atualmente, cadastro no sistema de regulação para acesso aos exames necessários – e a matrícula no INCA.

¹⁷³ No lugar das clínicas de Hematologia e Oncologia Clínica, estava incluída a Radioterapia, não considerada na presente pesquisa.

judicialização tenha perdido seus traços de novidade, instituindo-se na sociedade brasileira com certa estabilidade, ainda que, é claro, apresente momentos de acentuação, como é possível verificar também em estudos recentes sobre o seu aumento durante a pandemia¹⁷⁴. Aquela permanência identificada no decorrer da implementação do SER aponta, ainda, para uma ordenação anterior nas rotinas da triagem para o acesso ao tratamento na unidade e no instituto como um todo; sendo assim, vale resgatar a trajetória histórica da instituição, como apresentada no capítulo 1, seção 1.3.

O INCA é uma instituição pública quase centenária, tendo celebrado, no ano de 2017, 80 anos desde a sua criação, consolidando neste período uma posição de referência nacional e internacional na elaboração de políticas voltadas à prevenção e controle do câncer. No que diz respeito à área assistencial do INCA, foco da pesquisa, também é possível destacar dois momentos importantes no que se refere aos trabalhadores das suas unidades hospitalares. Muitos(as) profissionais de diferentes áreas de atuação, inclusive o serviço social, foram incorporados(as) como servidores públicos na década de 1980 através da Campanha Nacional de Combate ao Câncer - CNCC, permanecendo na instituição como estatutários até o início do século seguinte, em alguns casos. Ainda que variadas formas de ingresso tenham ocorrido nas últimas décadas¹⁷⁵, alguns concursos públicos foram realizados, garantindo que parte das equipes, com a estabilidade adquirida, pudessem construir e consolidar processos de trabalho consonantes com o projeto ético-político e a missão institucional. O fato de se tratar de uma instituição que atende pessoas com câncer, doença que carrega consigo, até os dias atuais, um forte estigma, pode ser considerado mais um dos elementos que reforça o envolvimento daquele(as) trabalhadores(as) que permanecem nas atividades assistenciais, de ensino e pesquisa por muitos anos, devido à sua particularidade no campo da saúde, que requer um perfil específico para atuação.

Quanto ao cotidiano profissional dos(as) assistentes sociais vinculados ao

¹⁷⁴ Silva (2020); Ramos (2020); Maia (2020).

¹⁷⁵ Como tratado no decorrer do presente estudo, mas sobretudo na seção 1.1, o neoliberalismo, agora em sua face ultraneoliberal, tem como uma de suas características a inserção cada vez mais precária no mercado de trabalho. Assim, formas de contratação temporária ainda presentes no INCA, levam a disparidades não só no que se refere à estabilidade, mas também nos salários, carga horária e o *status* perante a instituição.

Serviço Social do Hospital do Câncer I, é importante ressaltar, em primeiro lugar, que não participam do processo de regulação, sendo o atendimento aos(as) usuários(as) realizado após a efetivação da matrícula nas clínicas, no ambulatório e nas enfermarias. Atualmente, a equipe conta com dez assistentes sociais atuando diretamente na assistência¹⁷⁶, número insuficiente para atender a todos(as) os(as) usuários(as) que realizam tratamento na unidade. Levando-se em conta o período da pesquisa, o serviço passou por alterações na sua organização, com a perda considerável de profissionais, devido à perda de vínculos e a aposentadorias, tendo que retirar-se de determinados processos, passando a uma inserção na rotina das clínicas maiores¹⁷⁷, com atendimento por meio de demanda espontânea ou pedidos de parecer de outras categorias profissionais, no caso das demais clínicas.

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

Além dos atendimentos individuais em enfermarias e ambulatório, as atividades incluíam, até o período da pandemia de COVID-19, o trabalho com grupos, podendo ser destacados: o Sala de Espera – realizado mais de uma vez por semana, nas salas

¹⁷⁶ O termo assistência é aqui empregado como um dos elementos do tripé assistência, ensino e pesquisa, que compõe a missão e a visão do Serviço Social do HC I, elaboradas em conjunto pela equipe, respectivamente: “promover ações que viabilizem o acesso aos direitos sociais, serviços e programas no âmbito das políticas públicas, bem como desenvolver capacitação permanente na assistência, pesquisa e ensino em Serviço Social e Oncologia”; e “contribuir para o acesso aos direitos sociais na perspectiva da universalidade, considerando as políticas sociais em interface com a oncologia, a partir de iniciativas que consolidem o serviço como referência nacional em assistência, ensino e pesquisa”.

¹⁷⁷ Cabeça e Pescoço, Abdômino-pélvica, Oncologia Clínica e Hematologia, Pediatria.

de espera de diferentes clínicas, voltado à divulgação do atendimento do serviço social na unidade –; grupos com acompanhantes – realizados semanalmente, voltado às pessoas que acompanham os(as) pacientes internados, com o objetivo de socializar informações as rotinas da internação, com foco em dispositivos da Política Nacional de Humanização –; o Encontros com o Serviço Social – com frequência também semanal, dirigido a usuários(as) em tratamento e acompanhantes, ampliando as reflexões sobre o SUS e o controle social –; e o Pais Cientes – semanal, voltado a acompanhantes de usuários(as) da pediatria. Todas essas atividades incluem a divulgação de orientações gerais sobre os direitos sociais de pessoas com câncer.

Costa (2006) apresenta cinco ordens de demandas concernentes ao exercício profissional no campo da saúde: as de natureza assistencial/emergencial; de natureza socioeducativa; relacionadas a planejamento, assessoria e gestão; referentes à mobilização, participação e controle social; e voltadas à investigação, sistematização e formação. Como já foi mencionado, as primeiras, via de regra, ocupam a maior parte do tempo de trabalho, e no caso do HC I, envolvem atividades voltadas à divulgação, orientação e encaminhamentos referentes aos direitos sociais dos(as) usuários(as), rotinas institucionais, além do constante mapeamento e contato com a rede socioassistencial, entre outras.

Vale lembrar aqui que o serviço, em contraponto ao que, de tempos em tempos, propõe a própria instituição, está organizado no sistema de trabalho em horário comercial – como diaristas –, sem esquema de plantões, por opção da equipe, compreendendo que este último tipo de inserção favorece, como lembra Soares (2020, p.197 – grifos no original), “mecanismos e fundamentos da racionalidade do SUS que primam pela *contenção da demanda e a emergencialização da vida*”. Mais uma particularidade do instituto, uma vez que a pesquisa realizada pela autora em 2009 indicava que 78,3% dos assistentes sociais que trabalhavam em unidades hospitalares e maternidades, atuavam em regime de plantão. A defesa da atuação como diaristas justifica-se, sobretudo, por: facilitar o seguimento de situações que demandam acompanhamento por dias ou semanas; proporcionar a construção de referências tanto para a equipe multiprofissional quanto para o(a) usuário(a); permitir uma visão menos fragmentada e imediata do cotidiano (SOARES, 2020, p. 199). Esta organização do serviço permite, ainda, que sejam realizadas reuniões semanais para discussões de casos, questões institucionais, planejamento das ações etc., garantindo

um profícuo espaço conjunto de trocas e reflexões que repercutem na prática profissional e auxiliam na consolidação do projeto interventivo do serviço.

Não é possível prosseguir sem antes dedicar algumas linhas aos desafios impostos pela realidade pandêmica ao trabalho dos(as) assistentes sociais, sobretudo em uma unidade de saúde. Destacam-se as diversas publicações e a realização de *lives* em plataformas digitais da internet¹⁷⁸, abordando as dificuldades enfrentadas por profissionais da *linha de frente*, que vão desde o difícil acesso a equipamentos de proteção individual, os EPIs, até os enfrentamentos junto à equipe multiprofissional no que diz respeito às atribuições, quando, por exemplo, sugere-se que assistentes sociais leiam, por telefone, boletins de quadros clínicos de pacientes internados.

Durante a pandemia, até meados de 2020, em um momento inicial, marcado ainda pelo desconhecimento do vírus e da doença em si, as visitas foram proibidas, assim como a autorização para a permanência de acompanhantes ficou restrita a pessoas cujo direito é garantido por lei, sem a possibilidade de alternância entre acompanhantes durante a internação. Com o aumento dos casos de COVID no HC I, nos marcos das medidas sanitárias tomadas para proteção dos(as) pacientes, a presença de acompanhantes passou em seguida a ser negada no HC I mesmos nos casos previstos em lei – idosos e PcDs –, sob a justificativa de evitar aglomerações e o trânsito intenso de pessoas nas enfermarias. Interessante notar que em nenhum momento este direito foi negado nas clínicas pediátricas – com restrições apenas para rodízio de acompanhantes –, ainda que, assim como nas enfermarias de adultos, boa parte dos quartos tenham até quatro leitos, com as respectivas poltronas para a permanência de acompanhantes.

Na passagem de 2020 para 2021, com a diminuição de casos e fechamento da ala dedicada aos pacientes com COVID, verificou-se uma situação mais propícia para a tomada de posição junto à gestão em favor da garantia da permanência de acompanhantes, como prevê a legislação, ainda que algumas restrições fossem ainda consideradas necessárias, como a diminuição do rodízio de pessoas que permaneceriam durante a internação. Naquele momento, já eram retomadas, inclusive, as visitas, a partir da avaliação de cada caso pela equipe multiprofissional,

¹⁷⁸ Dentre as publicações, vale mencionar Matos (2021), Raichelis e Arregui (2020) e Soares et. al (2021). Já quanto às *lives*, destacamos a série de vídeos do canal do *Youtube* “Serviço Social na Pandemia”, promovida pelo NEGI – Núcleo de Estudos e Gestão & Informação da Faculdade de Serviço Social da UERJ, e do canal do CRESS-RJ.

através de agendamento prévio e de forma guiada. Neste sentido, a busca pela sensibilização da gestão para garantir o retorno dos acompanhantes, sob argumentos legais, começava a surtir efeitos quando, em meados de 2021, ocorreu uma nova elevação do número de casos de COVID no estado do Rio de Janeiro, epicentro da variante Delta e, como consequência, também em usuários(as) internados(as), forçando inclusive a reabertura da ala voltada à internação de pessoas com COVID, o que enfraqueceu o movimento junto à direção.

Considerando o impedimento de realização de troca de acompanhantes nas clínicas de adultos, quando autorizada a permanência em casos excepcionais, muitos familiares e pessoas de referência no tratamento acabam desistindo de acompanhar o(a) paciente, uma vez que não têm como dispor de um período muitas vezes prolongado distante dos seus afazeres. Como um reflexo destes empecilhos e mesmo pela compreensão pelos acompanhantes do momento particular de pandemia, vale ressaltar que são pouquíssimos os casos de pedidos judiciais para garantir a presença de acompanhantes que têm chegado ao nosso conhecimento.¹⁷⁹

Algumas importantes implicações deste quadro no cotidiano de trabalho dos(as) assistentes sociais da unidade devem ser apontadas, como o aumento considerável da demanda por contato com familiares, tanto a pedido de usuários internados sem aparelho telefônico que permita a comunicação direta, quanto por parte das próprias pessoas de referência no tratamento, que entram em contato na busca por notícias, sendo orientadas, quando a demanda é por informações sobre o quadro clínico do(a) usuário(a), sobre as rotinas de cada clínica para conhecimento através das equipes médicas. Assim, observa-se o aumento da utilização do

¹⁷⁹ Estas reflexões estão amparadas na compreensão da autonomia relativa do(a) assistente social, temática desenvolvida por Iamamoto (2008), que, considerando as mediações do mercado de trabalho, na condição de trabalhador(a) assalariado(a), o(a) assistente social vivencia um tensionamento em sua autonomia, ainda que esta guarde o potencial para a atuação. Em suas palavras: “[...] a possibilidade de imprimir uma direção social ao exercício profissional do assistente social — moldando o seu conteúdo e o modo de operá-lo — decorre da relativa autonomia de que ele dispõe, resguardada pela legislação profissional e passível de reclamação judicial. A efetivação dessa autonomia é dependente da correlação de forças econômica, política e cultural em nível societário e se expressa, de forma particular, nos distintos espaços ocupacionais, que envolvem relações com sujeitos sociais determinados: a instituição estatal (Poder Executivo e Ministério Público, Judiciário e Legislativo); as empresas capitalistas; as organizações político-sindicais; as organizações privadas não lucrativas e as instâncias públicas de controle democrático (Conselhos de Políticas e de Direitos, conferências, fóruns e ouvidorias), que sofrem profundas metamorfoses sociais em tempo de capital fetiche” (IAMAMOTO, 2008, p. 220).

teleatendimento como uma das modalidades de atendimento aos usuários.

Outra importante iniciativa, ainda que pontual, vinculada ao aspecto socioeducativo da profissão, diz respeito à divulgação da importância da vacinação e a desmistificação de informações equivocadas e negacionistas sobre a pandemia. Além disso, o fechamento de postos de atendimento do INSS no início da pandemia também trouxe uma ampliação nas demandas referentes ao requerimento de benefícios, previdenciário (benefício por incapacidade temporária), e assistencial (BPC), sobretudo por aqueles(as) usuários(as) que não possuem acesso a aparelhos com internet, ou apresentam dificuldade de manuseá-los.

Foram, ainda, criados grupos de *whatsapp* de assistentes sociais do estado do Rio de Janeiro, que facilitam a troca de informações e atualização sobre a organização do atendimento nos diferentes equipamentos de atendimento ao público nas diversas políticas sociais, assim como no sistema sociojurídico. Esta iniciativa tem garantido a atualização dos dados referentes aos recursos intra e extra institucionais, além da possibilidade de troca de experiências.

Ao considerar uma instituição com uma trajetória consolidada como o INCA, e o que isto implica, pode-se remeter a alguns princípios da lógica da burocracia moderna, apresentada por Weber (1982), como característica própria do Estado moderno, no caso de comunidades políticas e eclesiásticas, e nas mais avançadas instituições do capitalismo, no caso da economia privada. De acordo com o autor, rege na burocracia moderna “o princípio de áreas de jurisdição fixas e oficiais, ordenadas de acordo com regulamentos, ou seja, por leis ou normas administrativas” (WEBER, 1982, p. 229), e uma de suas características mais interessantes ao caso aqui em pauta, é que pressupõe um treinamento especializado e completo, também para os funcionários do Estado. Este aspecto explicaria, em última instância, uma outra característica apontada pelo autor, que superaria as antigas formas de regulamentação das relações a partir da concessão de favores típica do patrimonialismo. No caso da Justiça brasileira, como analisada por Sierra (2014) no segundo capítulo, destacou-se que, no caso brasileiro, elementos como o mandonismo e o filhotismo começam a ser superados apenas no período republicano, com especial destaque após a República Nova, quando o Estado tomaria conformações próprias daquela burocracia moderna. Ao desdobrar sua análise para os funcionários, Weber (1982, p. 250 – grifos no original) destaca que a burocratização

oferece a possibilidade da realização do princípio da especialização e, com ele, a garantia de um “cumprimento ‘objetivo’ das tarefas [...] segundo *regras calculáveis* e ‘sem relação com pessoas’”, dando origem ao “*perito* despersonalizado e rigorosamente ‘objetivo’ [...]”. Prosseguindo, ressalta que aqueles que denomina “massas sem propriedades” só encontrariam compensação perante a justiça e a administração para “as probabilidades de vida, econômicas e sociais, frente às classes proprietárias” (WEBER, 1982, p. 256) através deste “caráter informal, em proporções de longo alcance”.¹⁸⁰ Em resumo:

Somente com a burocratização do Estado e do Direito em geral, vemos uma possibilidade definida de separar, clara e conceptualmente, uma ordem jurídica “objetiva” dos “direitos subjetivos” do indivíduo, que ela garante; de separar o Direito “Público” do Direito “Privado” (WEBER, 1982, p. 276).

Soares (2020, p. 199) recorda que a unidade e homogeneidade que marcam a compreensão weberiana da burocracia¹⁸¹ são bastante funcionais aos interesses burgueses, conformando-se à racionalidade do Estado burguês, que opera “uma separação entre o econômico e o político que organiza uma concepção de política estatal deslocada dos conflitos e contradições da produção”. Assim, ainda que o conceito weberiano de burocracia moderna explique muito bem o ordenamento que opera em instituições como o INCA, é necessário destacar que, tomado de forma isolada, ofusca os antagonismos próprios da sociedade capitalista que se apresentam na realidade. O que se deseja afirmar aqui é que as situações que chegam aos atendimentos podem ser facilmente concebidas como “problemas sociais fragmentados e diferentes e essa sua diversidade e complexidade não se enquadram nas normatizações formais-abstratas da racionalidade hegemônica na política” (SOARES, 2020, p. 199-200).

Ainda um segundo aspecto deve ser apresentado, neste esforço de compreensão da particularidade do caso em questão: as características da doença e o estigma da morte que marca o adoecimento por câncer ainda nos dias atuais, o que

¹⁸⁰ Não caberá aqui maiores aprofundamentos sobre o tema, porém vale mencionar que o Weber (1982, p. 261-262) compreende que a burocratização na administração estatal se aproxima do fenômeno da democracia, em seu progresso, não no sentido de um incremento da participação dos governados na autoridade da estrutura social.

¹⁸¹ Convém lembrar que o conceito de burocracia em Weber é desenvolvido como um tipo ideal.

pode refletir na forma como os(as) usuários(as) acessam o tratamento. Este estigma acompanha a doença, cuja própria definição expressa sua complexidade, uma vez que representa um conjunto de mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas. A compreensão desta natureza do câncer, associado aos riscos de um início tardio do tratamento, está presente na cultura institucional, o que confere certa sensibilidade aos profissionais que atuam em áreas como a triagem e a emergência do instituto, permitindo que alternativas para o ingresso sejam viabilizadas. Apenas a título de exemplo, sobretudo na época em que era implantado o sistema de regulação em clínicas do HC I, era possível que usuários já cadastrados no sistema, porém ainda sem definição de data para início do tratamento, ao buscarem atendimento diretamente na emergência, fossem matriculados na respectiva clínica. Também no setor de triagem, é possível notar o esforço da equipe em orientar os(as) usuários(as) que comparecem para realizar matrícula sem o cadastro no sistema de regulação a realizar os trâmites necessários para garantia do acesso ao tratamento. A possibilidade de comparecer ao referido setor, ainda, de posse de algum tipo de documentação que sinalize o comparecimento à Justiça, em casos específicos, poderia também explicar parte daquele número de matrículas realizadas antes da chegada da demanda judicial oficialmente à unidade. Ora, se a partir do debate apresentado no segundo capítulo, é possível afirmar que a judicialização revelaria o grau de dificuldade no acesso a direitos sociais, revelando uma reação ao não acesso a um direito, o caso do INCA representaria peculiar especificidade no que se refere ao acesso ao tratamento, a partir do que foi apresentado nesta pesquisa.

Há, ainda, um terceiro elemento a ser destacado, que diz respeito ao próprio delineamento do objeto deste estudo, que exclui, como já afirmado acima, processos abertos para fins de acesso a medicamentos, transporte, internação e transferências, apenas para dar alguns exemplos, tomando apenas os pedidos ou mandados encaminhados para fins de tratamento, em seu sentido amplo. Neste aspecto, é possível considerar que a judicialização pode ser bem maior, se outras matérias voltadas ao âmbito do curso do tratamento fossem consideradas. Para ter uma ideia do que representaria este montante, vale apresentar pesquisa realizada entre julho e dezembro de 2013, com o objetivo de identificar “as demandas judiciais para a aquisição de medicamentos antineoplásicos interpostos contra os entes federativos, que foram objeto de apreciação técnica pelo Instituto Nacional de Câncer” (VIDAL et.

al., 2017, p. 2540). Apenas neste período, segundo o estudo, desconsiderados os critérios de exclusão estabelecidos pelos autores, foram identificados 274 processos enviados por tribunais de justiça de todo o território nacional ao INCA, dentre os quais 215 (78,5%) envolviam algum tipo de medicamento, 20 (7,3%) envolviam exames diagnósticos, 17 (6,2%) solicitavam procedimentos cirúrgicos, 11 (4,0%) requeriam acesso a serviços, cinco (1,8%) solicitavam radioterapia e seis (2,2%) requeriam outros procedimentos. Estes dados indicam um número significativo de casos, dando pistas sobre um volume expressivo de encaminhamentos judiciais quando ampliado o escopo do estudo para outros casos, para além do acesso ao tratamento em si, e tomando o Instituto como um todo, não se restringindo a clínicas específicas, como aqui analisado.

Outra pesquisa (BEUME, 2019), voltada às demandas judiciais para acesso à Fosfoetanolamina Sintética (FOS-S) indica uma inversão nos processos judiciais que chegaram ao INCA quando comparados os anos de 2013 e 2017, sendo 29% dos pedidos, em 2013, para fins de acesso a vagas para atendimento (consultas médicas) contra apenas 2% reivindicando medicamentos. No ano de 2017 – posterior à implantação do SER – porém, o estudo indicou que 54% das ações judiciais diziam respeito ao acesso a medicamentos, enquanto as demandas por atendimento encontravam-se reduzidas a 7%. Se tomados apenas estes dois anos para fins de comparação, a pesquisa aqui realizada aponta para a mesma lógica, seguindo o movimento geral da instituição.

Ainda outro elemento que pode auxiliar na reflexão sobre o baixo índice de judicialização para tratamento, identificado nos dez anos pesquisados, é o fato, mencionado na seção anterior, de ter sido verificada uma acentuada queda, no estado do Rio de Janeiro, no âmbito das ações judiciais registradas no TJ quanto ao tema saúde. É possível que ao menos uma parte desta redução, ocorrida no período estudado, esteja refletida nos resultados encontrados na pesquisa, fato que poderá ser aprofundado em estudos posteriores.

Ademais, a realização no INCA, de alguns eventos internos com a temática da judicialização, na última década, aponta também para um aumento do interesse institucional em debater a temática e propor aproximações com instituições como a DPU, a fim de responder de forma mais resolutiva aos casos que chegam por este meio. Este interesse recente pode ser traduzido como uma reação às mudanças nas

formas de ingresso dos(as) usuários(as) no INCA, se for levado em conta o aspecto histórico do processo, conforme apresentado no capítulo 2.

Cabe aqui, enfim, mencionar a questão do dilema quanto ao fato de pensar o demandante perante a Justiça como alguém que “fura a fila”, passando o lugar de quem está aguardando o atendimento em filas há algum tempo no SUS, prejudicando aqueles que buscam as vias administrativas tradicionais. Tomando os resultados aqui apresentados, este debate teria pouca ressonância, uma vez que a taxa de judicialização nas clínicas em questão são extremamente baixas, o que sugere não haver impactos nas “filas” para ingresso no INCA. Menores ainda são estes números se levado em consideração o fato de praticamente a metade dos casos, como visto, referir-se a usuários(as) já matriculados no instituto. Desta forma, considerando os dados apontados na pesquisa em questão, compreende-se que o direito coletivo não seria lesado pela busca por vias judiciais ao direito individual, sendo possível o atendimento da demanda individual sem prejuízo do atendimento do público geral, não se tornando a judicialização uma fonte adicional de iniquidade, para utilizar os termos de Fleury (2012), neste caso particular.

Quanto ao processo de implantação do SER no INCA, como mencionado, pode ser considerado parte de um processo de implementação da lógica gerencialista, inspirada por Bresser Pereira e incorporada na Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB 96), como recorda Soares (2020). O ideário apresentado por Bresser Pereira, entre outras três propostas básicas, propunha a criação de “um sistema de entrada e triagem constituído por médicos clínicos ou médicos de família, que podem ser funcionários do Estado ou contratados pelo Estado” (PEREIRA, 1998, p. 252 apud SOARES, 2020, p. 68). Hora (2019), ao analisar as mudanças do modelo administrativo burocrático nos marcos das contrarreformas nas políticas sociais, sobretudo a partir dos governos FHC, destaca que o gerencialismo reforça a rotinização e burocratização, responsáveis pelo engessamento da esfera pública estatal. Uma vez que os complexos reguladores em saúde concentram nas centrais de regulação o controle das ofertas de vagas, de modo muitas vezes distanciado das unidades de saúde, é grande o risco de se reproduzir esta lógica gerencial em suas rotinas. Deste modo, o manejo do sistema pelos profissionais que atuam nestes locais

[...] requer diferenciação e cuidado com o que tem sido pensado para a saúde suplementar e operado no campo da atenção gerenciada, em que se

reconhece o caráter estratégico das decisões profissionais para, frequentemente, buscar controlá-las a partir de mecanismos gerenciais racionalizadores, que imprimem uma tensão entre lógica financeira e lógica do cuidado (IRIART et al., 2000; MALTA et al., 2004; UGÁ et al., 2009 apud MELO et. al., 2021, p. 19).

Mais uma vez, destacam-se aqui os elementos apresentados acima por Soares (2020), quanto à burocracia weberiana, caracterizada por uma racionalização dos processos de trabalho que leva ao afastamento do público que deveria acessar os serviços disponíveis. Além do mais, como destacou Bravo (2021, p. 12) “a burocratização da reforma sanitária, segundo Fleury (1989), afasta a população da cena política, despolitizando o processo”.

Muito ainda poderia ser explorado diante de tão rico compósito de dados, porém os forçosos limites impostos pelas burocracias institucionais, cujo tempo difere da realidade da pesquisadora, em um movimento de compressão tempo-espço (HARVEY, 1998), típico da sociedade contemporânea, levam à necessidade de um ensaio de conclusão, uma vez que o conhecimento não se esgota e muito ainda poderá ser trabalhado a partir daqui. Sendo assim, espera-se que o presente estudo possa ser ponto de partida para o aprimoramento e avanços na construção de saberes em torno da temática, pela autora e também por pesquisadores interessados em dar continuidade às investigações em pauta. Concorde-se, assim, com Netto (1997, p. 85), ainda que não esteja se referindo ao modelo de pesquisa aqui apresentado, ao refletir sobre a teoria marxista: “[...] A razão está sempre atrás da realidade, ela não esgota nunca a realidade [...]”. Sendo assim, seguem apenas algumas últimas considerações, apresentando breves observações finais e uma síntese dos resultados alcançados, que se espera representarem, como dito, pontos de partida para novas investigações e aprofundamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não acho que tenhamos outra alternativa senão permanecer otimistas. O otimismo é uma necessidade absoluta.

Angela Davis, 2018, p. 56

Presencia-se na atualidade um crescente retrocesso da já incipiente proteção social no Brasil, em um claro processo de destituição de direitos sociais. Esta realidade, marcada pela hegemonia do ideário neoliberal, em um contexto de desregulamentação e precarização do trabalho, de aumento do desemprego e de acentuação da já expressiva desigualdade social no país, envolve uma intensificação da seletividade e mesmo extinção de políticas e programas, sempre sob os argumentos de modernização da economia e das necessidades do mercado.

No que se refere à saúde, o SUS “se transformou em um complexo intricado de avanços e recuos, resultados provisórios das disputas e dos interesses conflitantes que compõe as forças que disputam o Estado brasileiro e se fazem presente em seu aparato jurídico-institucional” (MOROSINI, 2017, p. 118). Daqui é possível levantar a seguinte premissa: considerando-se que, segundo essa mesma autora, no período de construção da Constituição atual, foi possível instituir perspectivas universalizantes a partir da atuação dos movimentos populares, importa considerar que a reversão de boa parte destas perspectivas pode estar vinculada também a uma fragilização das lutas das classes sulbateras. Isto é aprofundado quando, por exemplo, como parte deste mesmo projeto, aprova-se uma reforma trabalhista (BRASIL, 2019) que, tornando ainda mais precários e variados os tipos de vínculos trabalhistas possíveis, intensifica a fragmentação e alimenta as disputas no interior da classe trabalhadora.

Ao tempo que as políticas sociais e direitos sociais vêm sendo objeto de um contraofensivo, conservador e, por que não dizer, reacionário ataque, o serviço social é chamado a dar respostas às reatualizadas expressões da “questão social”. Entre as necessidades indispensáveis dos indivíduos, encontra-se o direito à saúde e o(a) assistente social se depara com a difícil realidade vivenciada pela população que necessita dos serviços públicos. Os direitos sociais, vilipendiados e transformados em serviços, sujeitos aos crescentes processos de privatização e mercantilização são, muitas vezes, dificilmente acessados, mesmo nos casos de doenças graves como o câncer.

Refletir acerca da temática da judicialização para o acesso ao INCA implicou pensar o desmonte da política de saúde, os ataques ao SUS, as crescentes perdas das classes subalternas em um contexto que sugere mudanças ainda mais nefastas no curto e médio prazos, acentuadas pela pandemia de COVID-19, que tem também, como visto, em seu ascenso, a marca do modo capitalista de produção e tem seus impactos mais nefastos principalmente sobre as classes subalternas, ainda que atinja a toda a população¹⁸².

No caso do serviço social, é possível perceber, cotidianamente, as condições de vida e trabalho dos(as) usuários(as) do SUS na atualidade, frente ao contexto de destituição dos direitos sociais. É patente que a pandemia coloca uma lente de aumento no já crescente processo de empobrecimento da população usuária, além de intensificar, no presente cenário político, tanto a nível internacional quanto nacional e local, o desmonte das políticas públicas, mais especificamente das políticas sociais. Considerando-se o momento atual, percebe-se, como se buscou demonstrar na presente tese, no campo político, a ascensão da extrema-direita; no campo dos costumes, um fortalecimento do neoconservadorismo; no âmbito econômico, a consolidação do ultraneoliberalismo, que atinge enfim os mais variados âmbitos da sociedade capitalista. Este processo pode ser identificado no Brasil através da figura do presidente eleito no ano de 2018 e os interesses que representa¹⁸³. Com isto, maiores ainda se apresentam os retrocessos para os trabalhadores, em todos os campos. No que diz respeito à saúde, as expressões da “questão social”, agravadas sob os altos índices de desemprego, a redução do acesso à alimentação, moradia, saneamento básico e outros direitos que garantam bons indicadores de saúde em

¹⁸² Importante salientar que, no momento em que estas linhas são escritas, mais de 600.000 pessoas já perderam a vida devido à pandemia de COVID-19 apenas no Brasil, sendo aproximadamente 5.000.000 de óbitos no mundo inteiro. Foi nesse contexto que a presente tese foi concluída, sob as inflexões tanto no ambiente de trabalho quanto na vida pessoal, como não pode ser diferente, deste momento tão específico da história recente da humanidade. Fundamental destacar, neste aspecto, que o próprio processo de construção da presente tese, sobretudo em suas fases finais, teve como marca os impactos da pandemia de COVID-19, com repercussões diretas no campo de trabalho, intensificando e diversificando as demandas apresentadas tanto pelos(as) usuários(as) do serviço quanto pela própria instituição.

¹⁸³ Uma das reflexões mais lúcidas sobre a ascensão do neofascismo no mundo e, em especial, no Brasil, abordando também a pandemia de COVID-19, pode ser encontrada em: LÖWY, M. “Gripezinha”: o neofascista Bolsonaro diante da epidemia. In: TOSTES, A.; MELO FILHO, H. (orgs.). Quarentena: reflexões sobre a pandemia e depois. 1 ed., Bauru: Canal 6, 2020.

uma sociedade, expõem ainda mais a situação de precariedade vivenciada por estes sujeitos.

Numa espécie de tempestade perfeita, o bolsonarismo encontrou um país polarizado e fragmentado, com instituições democráticas em frangalhos golpeadas por elites neoliberais, e população cansada da violência generalizada, ávida de um salvador miraculoso. Parte dela clamou por intervenção militar, e parte da caserna se viu mesmo tentada a isso, quando pareceu que seria dado a Lula a chance de concorrer à presidência (CARDOSO, 2020, p. 230).

É neste contexto, somado à particularidade do adoecimento por câncer, que surgem as questões de partida do presente estudo. O câncer é uma doença que envolve altos custos e exige dos que por ela são acometidos altos níveis de comprometimento no processo de tratamento, que muitas vezes requer uma frequência diária à instituição, assim como a necessidade de lidar, em alguns casos, com mutilação e sequelas que exigirão um suporte que o Estado, grande parte das vezes, não oferece. Em suma, está aqui em pauta uma doença que chama atenção não só pelo necessário grau de envolvimento do(a) usuário(a) e seus familiares no processo de tratamento, mas também devido ao nível de letalidade que representa.

A fim de situar a política de atenção oncológica no SUS, a investigação proposta buscou contemplar a apresentação da forma como a rede de atendimento às pessoas com câncer se organiza, as dificuldades e estratégias para inclusão no sistema público de saúde e o debate sobre a judicialização que, sendo utilizada como alternativa para este acesso, apresenta-se sobretudo como expressão do não acesso ao direito. Assim é que foi proposto o desenvolvimento dos capítulos, iniciando-se com uma reflexão sobre “questão social” e pobreza, aspectos relevantes da formação do Brasil para a investigação proposta e as bases de conformação da política de saúde no país, configurando o primeiro capítulo. Assim, sua primeira seção versa sobre a “questão social” e a pobreza, buscando situar as bases que dão fundamento à lógica expressa nas políticas sociais no contexto atual, para onde se caminha no último item do capítulo. Sendo assim, serão abordadas, em um primeiro momento, formulações teóricas de autores como Ianni, Yamamoto, Netto e Pastorini, a fim de demonstrar a estreita relação entre o modo de produção capitalista e a “questão social”, compreendida como inerente ao próprio sistema de produção. Também buscar-se-á enfrentar algumas das polêmicas recentes sobre a temática, procurando situar as

análises de Rosanvallon e Castel, a partir de reflexões críticas sobre os desdobramentos de suas concepções.

Não é possível abordar o tema sem refletir sobre as diferentes concepções de pobreza e suas nuances na dinâmica do capital. Sendo assim, foram apresentadas algumas das principais correntes teóricas que dão sustentação às propostas para o seu enfrentamento na atualidade, como a compreensão liberal clássica, as concepções que balizam as propostas ditadas pelo Banco Mundial, tomando autores conservadores e, por fim, a abordagem marxista da pobreza. As reflexões realizadas procuram contextualizar os debates apresentados ao processo de implementação do neoliberalismo e a forma como os modelos de apreensão da “questão social” e da pobreza determinam as formas como são abordadas. Estes modelos de enfrentamento são pensados, como se buscou demonstrar, de maneira a contribuir para a estratégia de revitalização do capitalismo avançado, após o esgotamento da “longa onda expansiva do capital”, nos termos de Mandel (1982), a partir do final da década de 1970.

O tópico seguinte do capítulo teve como principal objetivo trazer alguns aportes para a compreensão da formação do Brasil, a partir da análise de autores como Florestan Fernandes, Jacob Gorender e Jessé Souza, que trazem importantes contribuições para o desvelamento dos processos que deram origem a algumas das principais características da sociedade brasileira, como o patriarcalismo e o racismo. A abordagem proposta buscou, ainda, contemplar a forma como o país se insere no capitalismo mundializado, incorporando uma lógica complementar e dependente dos países centrais no ordenamento global. É, portanto, considerando a realidade experimentada diariamente pela população usuária no cotidiano de trabalho, que se parte para a reflexão, no terceiro e último item do primeiro capítulo, sobre a política de saúde no país, passando pelo seu desenvolvimento histórico para chegar ao modo como o sistema se organiza na atualidade para o atendimento à população. Nesta parte do estudo foi possível, a partir do que foi discutido nos itens anteriores, empreender algumas aproximações sobre como aqueles processos de realinhamento do sistema capitalista no pós-guerra e a inserção periférica do país no sistema do capital, por exemplo, rebatem na conformação da política de saúde. Assim, avançou-se no debate quanto aos processos de precarização das políticas sociais, parte de um

projeto de contrarreforma “conservadora e regressiva”, nos termos de Behring, (2008, p. 171), em que

o Estado ocupa uma posição mais distante do mediador civilizador vislumbrado pelos clássicos da política e de certa forma reeditado pela orientação keynesiana [...] passando a cuidar prioritariamente das condições gerais de reprodução do capital e dos excessos cometidos, no cenário de barbárie que se instaura com o comando do mercado livre, a exemplo da violência endêmica de que somos testemunhas ou vítimas (BEHRING, 2008, p. 23).

Este projeto, desenvolvido pelo Estado em consonância com os interesses do capital, marca um contexto de expressivas perdas para a classe trabalhadora e um distanciamento cada vez maior entre os dispositivos constitucionais que preconizam os direitos sociais e as correspondentes políticas públicas e sociais para acessá-los. No caso da política de saúde, verifica-se como expressão desse processo um amplo sucateamento que se estende ao âmbito privado, com a precarização da prestação de serviços, como bem exemplificam o caso das clínicas populares, que oferecem atendimentos a preços acessíveis, porém marcados, via de regra, por uma baixa qualidade, e também a situação dos planos de saúde, cujas consultas, grande parte das vezes são marcadas pela pressa devido aos baixos valores pagos por consulta pelo plano ao prestador. Neste último item do capítulo, assim como no primeiro, são apresentadas análises de autores como Antunes e Fontes, com reflexões sobre as novas configurações da relação capital x trabalho, articulando-as aos rearranjos neoliberais e situando-as no quadro da pandemia de COVID-19. O debate apresentado compreendeu, ainda, o modo como estes processos se desenvolvem no âmbito da saúde.

Em seguida, tratou-se a temática da judicialização das políticas sociais, iniciando-se com um debate sobre as garantias jurisdicionais da Constituição e a judicialização, seguido por reflexões sobre a judicialização do acesso à saúde e o serviço social, articulando a alguns dos elementos apresentados no capítulo anterior. Assim, o primeiro item do capítulo é dedicado ao debate sobre o direito e o capitalismo, tomando autores cujas elaborações são pautadas na teoria crítica de Marx, com destaque para a obra pachukaniana, que busca desvelar a natureza do direito no modo capitalista de produção e suas implicações. Também foram apresentados textos de Marx, Engels e Gramsci sobre a temática, aprofundando a análise crítica do tema. As discussões propostas no referido tópico destinaram-se, ainda, a situar o processo

de judicialização no âmbito da organização da Justiça constitucional, apresentando alguns aspectos da sua evolução no Brasil e no mundo. É buscando traçar este caminho que aqui se manifesta o intento de ultrapassar a visão fetichizada expressa pelo direito burguês, como recorda Guerra, com sua ilusão sobre as possibilidades de acesso universal. Isto se deve, de acordo com a mesma autora (GUERRA, 2011, p. 42), ao fato de ser a desigualdade social, que é econômica, o fundamento dos direitos, donde infere-se que o alcance dos direitos civis, políticos e sociais só pode ser realizado a partir da repressão desta mesma desigualdade. Nesta direção é que se segue um segundo momento do capítulo, em que as reflexões se voltam novamente às políticas sociais, articulando-as ao processo de judicialização e seus rebatimentos no serviço social. Neste momento, também foram abordados, ainda que de maneira breve, os impactos da pandemia para os(as) usuários(as) no cotidiano de trabalho.

No terceiro e último capítulo, apresentou-se a pesquisa realizada, analisando seus resultados a partir de uma perspectiva totalizante e contextualizada historicamente, a fim de ensaiar uma síntese do processo de judicialização no HC I / INCA, em que possam ser contempladas suas múltiplas determinações. Destaca-se a última seção do capítulo, em que buscou-se trazer alguns dos elementos que aproximam o serviço social do HC I ao objeto de estudo, assim como indicações concernentes aos resultados gerais do processo de judicialização nas clínicas estudadas. Assim, as reflexões que se seguem têm como objetivo indicar até onde foi possível chegar e abrir caminhos para novas interpretações e aprofundamentos quanto ao tema, uma vez que o conhecimento não se esgota, e o pensamento é capaz de reproduzir a realidade de modo aproximado: uma vez que a realidade é marcada pelo movimento, pela contradição, nenhum conhecimento deve ser tomado como definitivo, ou seja, o concreto pensado não se esgota em si.

Considera-se que o processo de judicialização na saúde é uma das expressões do recuo da intervenção estatal nas políticas sociais, efetivado pelas contrarreformas neoliberais, e constitui-se, em alguns casos, como única alternativa para garantir o acesso a direitos legalmente previstos. Esta concepção não desconsidera as determinações do sistema capitalista de produção, que, como analisado sobretudo no segundo capítulo, traz em si contradições insolúveis dentro dos seus marcos, como o fetiche da igualdade (FREIRE, 2013, p. 44), perpassado pela ilusão do direito.

É importante demarcar, ainda, qual é o público do qual trata o presente trabalho. Neste sentido, e já de posse das indicações delineadas no perfil socioeconômico apresentado no capítulo três e das reflexões sobre a pobreza, apresentadas no primeiro capítulo, é necessário destacar a existência e ampliação daqueles extratos mais pauperizados da população, que não têm acesso ao mínimo de alimentação e água tratada, por exemplo, como tanto tem sido divulgado no atual contexto pandêmico, e, portanto, não acessariam nem a política de saúde, tampouco teriam condições de acessar o Sistema Judiciário para tentar garantir o acesso ao direito legalmente previsto. Assim, claro está que o presente estudo se refere especificamente àquela população que acessa o sistema de justiça no Brasil, parte das classes subalternas, que não é homogênea e, portanto, não deve ser tratada como tal, a despeito do direcionamento dado às políticas sociais encará-las desta forma, como visto. Do mesmo modo, como também foi apontado no decorrer do estudo, é preciso levar em conta a existência de extratos da classe trabalhadora com maior poder aquisitivo, que acessam o sistema suplementar, que também podem se utilizar da judicialização para garantir o acesso a tratamentos e medicamentos, inclusive através do acionamento da Justiça contra planos de saúde.

Os resultados apresentados permitiram traçar o perfil da população que busca os caminhos da Justiça para acesso ao tratamento nas clínicas do HC I, cujas vagas são reguladas pelo SER. Este público é constituído, portanto, em sua maior parte, por pessoas idosas, do sexo masculino, com baixa escolaridade, renda familiar provavelmente inferior ao valor bruto de R\$2.000,00 (dois mil reais)¹⁸⁴, em sua maioria negras, procedentes de municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro.

Quanto ao perfil referente ao adoecimento, foi possível perceber uma tendência que segue, em sua maior parte, os números gerais de matrículas nas clínicas estudadas e as taxas de incidência apresentadas no Brasil. Dados quanto à sobrevivência destes(as) usuários(as) também foram apresentados, situando os maiores números de óbitos em até dois anos após a matrícula.

No que se refere à judicialização em si, foi possível verificar a origem dos pedidos, apresentando, ainda, o intervalo de tempo para o atendimento e dados referentes à recusa do atendimento à demanda pelas clínicas. Neste sentido, chamou

¹⁸⁴ Como destacado no capítulo 3, a renda foi estimada a partir da procedência dos pedidos, em sua maioria da DPU, que atende a população com esta faixa salarial.

a atenção o fato de quase 40% dos casos terem sido encaminhados pelas Defensorias Públicas da União e do estado do RJ, o que revela um importante traço do perfil desta população e reforça uma consolidação das mudanças no perfil de acesso à Justiça nas últimas décadas, como tratado no segundo capítulo. Ao acessar os dados disponíveis quanto ao total geral de matriculados nas clínicas em questão, foi possível também verificar os impactos da implementação do SER tanto no número geral de ingressos nas mesmas, quanto no quadro da judicialização, ano a ano do intervalo avaliado.

Outro aspecto importante a ser aqui lembrado é o debate sobre a questão dos pedidos judiciais nas clínicas em pauta (vide Tabela 20). Verificou-se que, no caso em tela, as demandas por tratamento que chegaram ao HC I por vias judiciais não representam uma taxa significativa, a ponto de trazer prejuízos ao conjunto dos(as) usuários(as) em tratamento. Isto traduz uma especificidade da unidade pesquisada, como apresentado na última seção, cuja elucidação está voltada, em primeiro lugar, ao escopo do estudo, que exclui casos de judicialização para acesso a medicamentos, internações e outros que, como visto, se considerados no estudo, apontariam para números maiores. Outro fator analisado foi a natureza e a trajetória histórica da instituição, que garantiriam a conformação de rotinas que garantem maior facilidade no acesso pelas vias administrativas, sobretudo no que se refere ao momento inicial da matrícula. Ainda assim, é fundamental, tendo em vista os indicadores de estudos mais abrangentes, aprofundar o debate sobre a temática, como propõe o relatório publicado pelo CNJ no ano de 2019, em parceria com o INSPER, que apresenta o pequeno número de ações coletivas em comparação às individuais¹⁸⁵ no Brasil, indicando a tendência de opção pela via individual de solução das demandas no campo da judicialização em saúde. De fato, o presente estudo não aponta nenhum caso de ação coletiva direcionada às clínicas em questão, do HC I, nestes 10 anos contemplados pelo estudo. O motivo para tal disparidade, apontado na literatura pertinente, seria uma possível diferença de tratamento e sucesso de ações individuais em relação à coletivas, ou seja,

¹⁸⁵ Tomando os números apresentados pelos TJs dos estados, apenas 2,35% dos casos de segunda instância e 3,62% dos casos de tutela antecipada contavam com os termos “ação coletiva”, “ação civil pública” ou mandado de segurança coletivo”.

Tribunais e juízes estariam mais dispostos a decidir casos individuais de forma favorável que a realizar reformas estruturais sobre a política pública de saúde via ações coletivas. Este fator serviria como incentivo para que demandantes não se valham de mecanismos processuais mais abrangentes para propor demandas, atuando judicialmente de forma atomizada e individualizada, gerando um processo de subjetivação do direito à saúde. (CNJ, 2019, p. 129)

O relatório, porém, não conseguiu comprovar a hipótese acima, com base nos dados obtidos naquela pesquisa, sinalizando ainda para a possibilidade de haver uma maior deferência dos juízes com relação ao MP nos casos de ações coletivas. Ademais, concorda-se com Matos (2017, p. 66), quando afirma que “compreender os determinantes da política de saúde e seus rebatimentos no trabalho desenvolvido na instituição e na vida dos usuários torna-se fundamental”. Ao propor o presente estudo, portanto, teve-se em vista que a construção de um projeto de profissão contrário ao projeto societário hegemônico é um desafio que requer competência profissional que pode ser traduzida, como o mesmo autor destaca, em “capacidade intelectual, agir ético e permanente leitura da realidade” (MATOS, 2017, p. 100).

Mais do que a judicialização, nas clínicas estudadas no HC I do INCA, veem-se expressas manifestações da questão social postas na problemática da configuração do SUS e nas deficiências da intersectorialidade nas políticas sociais, que repercutem nas dificuldades de acesso¹⁸⁶. Ainda em 2012 já era possível um diagnóstico semelhante, como apontado por Santos (2012, p. 70):

A atual estrutura da rede assistencial de saúde não está sendo capaz de efetivar ações de prevenção e/ou detecção precoce para o diagnóstico de câncer que responda ao número crescente de novos casos da doença no país. Por essa razão, identificamos cotidianamente um exército de trabalhadores que recorrem aos serviços da rede do SUS com a doença já em estágios avançados.

Antes de chegar ao final do presente estudo, cabe dedicar algumas linhas a mais ao período de pandemia que se estende desde o início de 2020, atravessando

¹⁸⁶ Não se pode, ainda, olvidar do fato de que o adoecimento por câncer tem fatores que podem ser externos, como buscamos apresentar na presente tese, próprios da organização societária em que vivemos, porém conta também com fatores que remetem ao envelhecimento populacional, ao estilo de vida – este impactado, claro, pela realidade sociocultural em que se vive – mas ainda a predisposições genéticas ou mesmo congênitas, que independem das escolhas da pessoa com câncer.

todos os âmbitos da vida social, impactando também sobre as subjetividades de toda a população. Não é possível afirmar, porém, que esta tragédia mundial tenha sido surpresa ou obra do acaso, uma vez que, como já foi dito, a pandemia é também fruto deste sistema, uma vez que sua lógica opera de modo a intensificar a exploração não só do trabalho em si, mas da própria natureza. Ainda que o estudo não tenha abarcado o período de pandemia, tomando como intervalo de análise o período entre janeiro de 2010 e dezembro de 2019, o atual contexto, em um “sistema econômico de subsídio público e lucro privado”, como bem caracteriza Chomsky (2021), intensifica alguns processos tipicamente capitalistas, como a pobreza, a desigualdade, a superexploração do trabalho, conforme buscou-se aqui analisar. Um destes processos é a própria judicialização, que, se não ganha intensidade no último período, ao menos expande sua presença, ao tempo em que se percebe também seus limites.

Na rotina de trabalho, apenas para apresentar um exemplo, já mencionado no capítulo final, tem surgido demandas como a judicialização para garantir a permanência de acompanhantes dos usuários(as) internados(as) durante a pandemia, algo que não havia sido necessário até então. As unidades hospitalares do INCA sofreram, é claro, adaptações para receber usuários(as) com suspeita ou casos confirmados de COVID-19, porém, em nenhum momento se viram obrigados a receber usuários(as) externos(as) devido ao quadro de crise sanitária. Assim, é tomando a realidade dos hospitais gerais e de emergência, tanto públicos quanto privados, que será possível situar, de modo muito claro, os limites da judicialização no contexto que se apresenta. Vários levantamentos já demonstram a intensificação de pedidos judiciais para acesso a leitos de UTI¹⁸⁷ para tratamento da COVID-19 e, ao mesmo tempo, o colapso do sistema de saúde faz com que a sua escassez torne inócuos os pedidos via judicial, apontando talvez para uma possível inoperância da judicialização neste momento. Ainda assim, estudos¹⁸⁸ indicam uma intensificação do processo de judicialização durante a pandemia, referente não só à política de saúde em si, mas também no que diz respeito, por exemplo, à concessão do auxílio emergencial.

¹⁸⁷ Já em déficit, no que se refere ao SUS, desde antes da pandemia.

¹⁸⁸ Silva (2020); Ramos (2020); Maia (2020).

No âmbito do cotidiano de trabalho, os impactos da pandemia não se resumiram à assistência direta à população usuária, mas trouxeram desafios também no campo do ensino, com a adaptação de praticamente todos os módulos da área na Residência Multiprofissional para atividades/aulas em modelo EaD, a fim de evitar aglomerações, o que, somado aos efeitos na assistência, tem gerado e agravado situações de profundo desgaste físico e psíquico nos(as) profissionais da área.

O quadro é grave, e as alternativas para o seu enfrentamento encontram na Justiça possibilidades pontuais para garantia de acesso a direitos como a saúde. Pensar em estratégias eficazes e coletivas pressupõe necessariamente, porém, caminhar em direção à ruptura com o paradigma hegemônico ultraneoliberal que incide no Estado e no direito, determinando e reforçando uma cultura individualizada e individualizante que generaliza inclusive a responsabilização da pessoa com câncer, desconsiderando, a natureza adoecedora do meio e do sistema onde vive. A partir das elaborações teóricas desenvolvidas neste estudo é possível afirmar, contudo, que, dentro das fronteiras do atual sistema de produção, em meio aos limites impostos pela busca irrefreável da acumulação capitalista, não será possível garantir saídas viáveis para algumas das questões mais prementes do mundo atual, como aquelas sinalizadas acima. Sendo assim, compreende-se aqui que somente a ruptura com o sistema capitalista de produção será capaz de suplantar a derrocada barbárica que se apresenta na sociedade atual, o que está longe de ser tarefa simples, uma vez que

as classes burguesas não querem (e não podem sem destruir-se) abrir mão: das próprias vantagens e privilégios; dos controles de que dispõem sobre si mesmas, como e enquanto classes; e dos controles de que dispõem sobre as classes operárias, as massas populares e as bases nacionais das estruturas de poder. (FERNANDES, 1976, p. 353)

Compreende-se, enfim, que é a partir do exercício da leitura crítica da realidade, que permite manter os pés no chão, e por meio de uma prática atenta às oportunidades de construção de alternativas, com um olhar para um horizonte melhor, que será possível avançar em direção a uma sociedade verdadeiramente livre e equânime, afinal, como afirmou Gramsci (2001, p. 267), “pessimismo da inteligência, otimismo da vontade”.

REFERÊNCIAS

ALAPANIAN, S. O direito, o marxismo e a judicialização. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 13., 2012, Juiz de Fora / MG. *Anais...* Brasília / DF: ABEPSS, 2012.

ALCANTARA, L. da S. *Sem voz e sem vez: a mutilação no câncer de laringe e a (des)proteção social dos trabalhadores*. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

ALMEIDA, S. *Racismo estrutural*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Org.) *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANTUNES, R. *A desertificação neoliberal no Brasil (Collor, FHC e Lula)*. 2 ed. Campinas: Autores Associados, 2005.

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses do mundo do trabalho*. 12 ed. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2007.

ANTUNES, R. *O continente do labor*. São Paulo, SP: Boitempo, 2011.

ANTUNES, R. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2018.

ANTUNES, R. *Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado*. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2020.

ARRUDA, M. A. do N. A aventura sociológica de Florestan Fernandes. *Estudos Avançados*, São Paulo, USP, v. 34, n. 100, 2020.

ASENSI, F. D. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 33-55, 2010.

ASENSI, F. D. Saúde, Poder Judiciário e sociedade: uma análise de Brasil e Portugal. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, UERJ, p. 801-820, 2013.

BANCO MUNDIAL. *Documento técnico 319*. O setor judiciário na América Latina e no Caribe: elementos para a reforma. Washington D.C., 1996.

BANCO MUNDIAL. *Proposta de reforma do Sistema Único de Saúde brasileiro*. Disponível em: <<http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?* Rio

de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARBOZA, P. C. N. *Estado, Direito e Hegemonia: contribuições de Gramsci para a crítica jurídica*. 2007. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Jurisp. Mineira*, Belo Horizonte, MG, ano 60, n. 188, p. 29-60, jan./mar. 2009.

BARROSO, L. R. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. *[Syn]Thesis*, Rio de Janeiro, vol. 5, n. 1, p. 23-32, 2012.

BARROSO, L. R. A razão sem voto: o Supremo Tribunal Federal e o governo da maioria. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 5, Número Especial, p. 23-50, 2015.

BATISTA, D. R. R.; MATTOS, M. de; SILVA, S. F. da. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. *Rev Enferm UFSM*, 5(3), p. 499-510, jul./set. 2015.

BECK, U. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernidade reflexiva. In GIDDENS, A.; BECK, U.; LASH, S. *Modernização Reflexiva: Política, Tradição e Estética na Ordem Social Moderna*. São Paulo: UNESP, 1997.

BECKER, H. S. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: HUCITEC, 1997.

BEHRING, E. R. *Política social no capitalismo tardio*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

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

BEHRING, E. R. Trabalho e seguridade social: o neoconservadorismo nas políticas sociais. In: BEHRING, E. R.; ALMEIDA, M. H. T. de (orgs.). *Trabalho e seguridade social: percursos e dilemas*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2008.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. *Política social: fundamentos e história*. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BERCOVICI, G. A problemática da constituição dirigente: algumas considerações sobre o caso brasileiro. *Revista de Informações Legislativa*, Brasília, ano 36, n. 142, p. 35-52, abr.-jun. ,1999.

BEUME, T. M. C. da S. *A judicialização no Sistema Único de Saúde e o caso da fosfoetanolamina sintética*. 171f. Dissertação (mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2019.

BIEHL, J.; PETRYNA, A. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro v.23, n.1, jan./mar. 2016, p.173-192. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n1/>

0104-5970-hcsm-23-1-0173.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2019.

BITTENCOURT, G. B. O “Estado da Arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v.4, n.1, pp. 102-121, jan/mar. 2016.

BOEIRA, S. L. Indústria de tabaco e cidadania: confronto entre redes organizacionais. *RAE*, vol. 46, n. 3, p. 28-41, jul./set. 2006.

BORGES, M. E. S.; MATOS, M. de C. As duas faces da mesma moeda: ultraneoliberalismo e ultraneoliberalismo no Brasil da atualidade. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; FREIRE, S. M. (orgs.). *Políticas sociais e ultraneoliberalismo*. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

BORON, Atilio. *Estado, Capitalismo e Democracia na América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

BOSCHETTI, I. A equidade e justiça social podem ser alcançados no capitalismo? In: Conselho Regional de Serviço Social (org.). *Projeto ético-político e exercício profissional em serviço social: os princípios do código de ética articulados à atuação crítica de assistentes sociais*. Rio de Janeiro: CRESS, 2013.

BRAGA, J. C. de S.; PAULA, S. G. de. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: HUCITEC, 1981.

BRASIL. Resolução nº 238, de 06 de setembro de 2016. Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=3191>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). *Emenda constitucional n.º 45*, de 30 de dezembro de 2004. Altera dispositivos dos arts. 5º, 36, 52, 92, 93, 95, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 111, 112, 114, 115, 125, 126, 127, 128, 129, 134 e 168 da Constituição Federal, e acrescenta os arts. 103-A, 103B, 111-A e 130-A, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc45.htm>. Acesso em: 21 abr. 2019.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 196/96*: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 21.082, 16 out. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399*, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais

do Referido Pacto. Brasília, 2006.

BRASIL. *Portaria nº 1.559*, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do SUS. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diretrizes para a implantação de complexos reguladores*. 2.ed. – Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. *Lei nº 12.288*, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm>. Acesso em: 25 nov. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Regulação em Saúde*. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. *Lei nº 12.732*, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm>. Acesso em 09 out. 2016.

BRASIL. *Resolução nº 466*, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 22 ago. 2016.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados* [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. *Lei nº 13.467*, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nos 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13467.htm>. Acesso em 18 abr. 2019.

BRASIL. *Carta de serviços*. Brasília, DF: Defensoria Pública da União, 2020.

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

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A Política de Saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Dilma e Lula. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. *Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática*

profissional. Campinas: Papel Social, 2013.

BRAVO, M. I. S. *Política de Saúde no Brasil*. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2021.

BRITO, J. A. de. Direito à saúde: diálogos com direitos humanos e a justiça ambiental. In: OLIVEIRA, M. H. B. de.; VASCONCELLOS, L. C. F. de. *Direito & Saúde: um campo em construção*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2009.

BRITO, J. A. de. Judicialização. In: CALDART, R. S.; PEREIRA, I. B.; ALENTEJANO, P.; FRIGOTTO, G. (Orgs.). *Dicionário da educação do campo*. Rio de Janeiro, São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Expressão Popular, 2012.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. *Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.17, n.1, p. 77-93, 2007.

CANOTILHO, J. J. G. *Direito Constitucional*. 6. ed. Coimbra: Livraria Almedina, 1993.

CAPPELLETTI, M.; GARTH, B. *Acesso à justiça*. Porto Alegre: Fabris, 1988.

CARDOSO, A. M. *À beira do abismo: uma sociologia política do bolsonarismo*. 1 ed. Rio de Janeiro: Amazon, 2020.

CARVALHO, E. R. de. Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova abordagem. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 23, p. 115-126, nov. 2004.

CARVALHO, C. da S. U. de. A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, 54(1), p. 87-96, 2008.

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

CASTEL, R. As transformações da questão social. In: WANDERLEY, Mariangela Belfiore; BÓGUS, Lucia; YAZBEK, Maria Carmelita (orgs.). *Desigualdades e a questão social*. São Paulo: Educ, 1997.

CASTEL, R. *As Metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CASTRO, I. M. D. de. *Direito à saúde no âmbito do SUS: um direito ao mínimo existencial garantido pelo judiciário?* 497f. Tese (Doutorado). USP, Faculdade de Direito, 2012.

CFESS. *Parâmetros para a atuação dos assistentes sociais na política de saúde*. Brasília: CFESS, 2010.

CFESS. *Código de ética profissional do assistente social*. Brasília, DF: CFESS, 1993.

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

CHOMSKY, N. *A sociedade global pós-pandemia*. Disponível em: <<https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Sociedade-e-Cultura/A-sociedade-global-pos-pandemia/52/49875>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

CHUAIRI, S. H. Assistência Jurídica e serviço social: reflexões interdisciplinares. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez, v.22, n. 67, p.130-142, set.2001.

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

CISLAGHI, J. F. *Do neoliberalismo de cooptação ao ultraneoliberalismo: respostas do capital à crise*. Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2020/06/08/do-neoliberalismo-de-cooptacao-ao-ultraneoliberalismo-respostas-do-capital-a-crise/>. Acesso em: 23 jan. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência*. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*. Brasília: INSPER, 2019.

CORVINO, J. D. F. *A crise do Sistema Único de Saúde e o fenômeno da judicialização da saúde*. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTA, et al. (orgs.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.

COUTINHO, Carlos Nelson. *A Época Neoliberal: revolução passiva ou contra-reforma?* Disponível em: <<http://www.socialismo.org.br/portal/filosofia/155-artigo/405-a-epoca-neoliberal-revolucao-passiva-ou-contra-reforma->>. Acesso em: 18 abr. 2010.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Marxismo e "imagem do Brasil" em Florestan Fernandes*. Disponível em: www.acesa.com/gramsci/?page=visualizar&id=90. Acesso em: 01 abr. 2021.

CRUZ, D. *A privatização da saúde e as organizações sociais*. Disponível em: <<https://www.pstu.org.br/a-privatizacao-da-saude-e-as-organizacoes-sociais/>>. Acesso em: 12 maio 2018.

CUNHA, E. P. Marx e Pachukanis: do fetiche da mercadoria ao “fetiche do direito” e de volta. *Verinotio revista on-line*. n. 19, Ano X, p. 160-171, abr. 2015. Disponível em: <http://www.verinotio.org/conteudo/0.69621920_091679.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2019.

DANTAS, A. V. Direito universal à saúde, estatização progressiva, saúde privada e papel do Estado: um *flash* sobre o SUS e 30 anos de luta de classes na saúde. In: SILVA, L. B.; DANTAS, A.V (orgs.). *Crise e pandemia: quando a exceção é a regra geral*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020.

DARDOT, P.; LAVAL, C. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. 1 ed., São Paulo: Boitempo, 2016.

DARDOT, P.; LAVAL, C. *Anatomia do novo neoliberalismo*. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/591075-anatomia-do-novo-neoliberalismo-artigo-de-pierre-dardot-e-christian-laval>. Acesso em: 10 jan. 2021.

DAVIS, A. *A liberdade é uma luta constante*. 1 ed., São Paulo: Boitempo, 2018.

DEMIER, F. *Depois do Golpe: a dialética da democracia blindada no Brasil*. 1 ed., Rio de Janeiro: Mauad X, 2017.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.103-107, jan/mar, 1997.

DIAS, S. M. “*Só sabe mesmo quanto é difícil, quem passa...*”: as experiências de familiares nos cuidados de crianças e adolescentes em tratamento oncológico. 114 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2019.

DINIZ, D. et. al. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19(2), p. 591-598, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00591.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2019.

DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press; 1973.

DOWBOR, L. Além do Corona Vírus. In: TOSTES, A.; MELO FILHO, H. (orgs). *Quarentena: reflexões sobre a pandemia e depois*. 1.ed. Bauru: Canal 6, 2020.

ENGELS, F. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. São Paulo: Editora Escala, 2009.

SCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

EURICO, M. C. Da escravidão ao trabalho livre: contribuições para o trabalho do assistente social. *SER Social*, Brasília, v. 19, n. 41, p. 414-427, jul. - dez./2017.

- FALEIROS, V. P. *Estratégias em Serviço Social*. 2ª ed. São Paulo, 1999.
- FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. de. *A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: UFRJ, IEI, 1989.
- FERLAY, J.; PARKIN, D.M.; PISANI, P. *Cancer incidence and mortality worldwide*. Lyon: IARC Press and WHO; 1998.
- FERNANDES, F. *Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.
- FERNANDES, F. *A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.
- FERNANDES, F. Mudanças sociais no Brasil. In: IANNI, O. (org.). *Florestan Fernandes: sociologia crítica e militante*. São Paulo: Expressao Popular, 2011.
- FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 10, p. 105-109, 2005.
- FLEURY, S. Judicialização pode salvar o SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, pp. 159-162, abr/jun, 2012.
- FRAZÃO, A.; SKABA, M. M. F. V. Mulheres com Câncer de Mama: as Expressões da Questão Social durante o Tratamento de Quimioterapia Neoadjuvante. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, 59(3), p. 427-435, 2013.
- FREIRE, S. de M. (org.). *Direitos humanos e questão social na América Latina*. 1 ed. Rio de Janeiro: Gramma, 2009.
- FREIRE, S. de M. Garantia de direitos, ampliação e consolidação da cidadania no Brasil: desafios do código de ética profissional dos assistentes sociais. In: Conselho Regional de Serviço Social (org.). *Projeto ético-político e exercício profissional em serviço social: os princípios do código de ética articulados à atuação crítica de assistentes sociais*. Rio de Janeiro: CRESS, 2013.
- FREIRE, S. de M.; CORTES, T. L. Políticas de combate a pobreza e avalanche ultraneoliberal: aportes para a reflexão. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; FREIRE, S. M. (orgs.). *Políticas sociais e ultraneoliberalismo*. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.
- FRIGOTTO, Gaudêncio. Apresentação. In: FERNANDES, Florestan. *O desafio educacional*. 1ed. São Paulo: Expressão Popular, 2020.
- FONTES, V. *O Brasil e o capital imperialismo: teoria e história*. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Editora UFRJ, 2010.
- FONTES, V. Capitalismo em tempos de uberização: do emprego ao trabalho. *Marx e o Marxismo*, v.5, n.8, jan/jun 2017.

FONTES, V. Prefácio na tragédia da pandemia. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; FREIRE, S. M. (orgs.). *Políticas sociais e ultraneoliberalismo*. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

FONTES, V. *As contradições da dependência sob o capital-imperialismo*. Disponível em: <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/Equador-VF-contradicoes-depend-e-kimper-Virgina-Fontes.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2021.

GARCIA, G. F. B. *Reforma Previdenciária: Inconsistências do suposto déficit*. Disponível em: <<https://genjuridico.jusbrasil.com.br/artigos/416769133/reforma-previdenciaria-inconsistencias-do-suposto-deficit>>. Acesso em: 04 mar. 2019.

GOES, E.F.; RAMOS, D. de O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, vol.18, n.3, p, 1-7, 2020.

GORENDER, J. *A burguesia brasileira*. São Paulo: Editora Brasileira, 1981.

GORENDER, J. *Brasil em preto e branco: o passado escravista que não passou*. São Paulo: Editora SENAC, 2000.

PASSOS, R. G. *Trabalhadoras do care na saúde mental: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino*. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2016.

PASSOS, R. G. Trabalho, cuidado e sociabilidade: contribuições marxianas para o debate contemporâneo. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 126, p. 281-301, maio/ago. 2016b.

PASSOS, R. G. Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial. *Revista Em Pauta*, Rio de Janeiro, n. 45, v. 18, p. 116-129, jan./jul. 2020.

GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. Volume 3. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. Volume 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

GRANEMANN, S. Fundos de pensão e a metamorfose do salário em capital. In: SALVADOR, E.; BEHRING, E.; BOSCHETTI, I.; GRANEMANN, S. *Financeirização, fundo público e política social*. São Paulo: Cortez, 2012.

GRANEMANN, S. O desmonte das políticas de seguridade social e os impactos sobre a classe trabalhadora: as estratégias e a resistência. *Serv. Soc. Rev.*, Londrina, v. 19, n.1, p. 171-184, jul/dez. 2016.

GRANEMANN, S.; MIRANDA, F. Crise econômica, crise sanitária: a COVID-19 como instrumento de acumulação? In: SILVA, L. B.; DANTAS, A. V. *Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020.

GRUPPI, Luciano. *Conceito de Hegemonia em Gramsci*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

GUEDES, O. de S.; DAROS, M. A. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. *Serviço Social em revista*, Londrina, v. 12, n.1, p. 122-134, jul/dez. 2009.

GUERRA, Y. Direitos sociais e sociedade de classes: o discurso do direito a ter direitos. In: GUERRA, Y.; FORTI, V. *Ética e direitos: ensaios críticos*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

GUERRA, Y. Para uma abordagem marxista do direito: crítica à ideologia jurídica, ao fetichismo do direito e à forma jurídica. In: MONTAÑO, C.; LEITE, J. L.; GUERRA, Y. (orgs.). *Expressões da ofensiva ultraconservadora na conjuntura contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ: Programa de Pós-graduação em Serviço Social, 2020.

HANNICKEL, S. et. al. O comportamento dos laringectomizados frente à imagem corporal. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, vol. 48, n.3, p. 333-339, 2002.

HARVEY, D. *O Neoliberalismo: História e Implicações*. São Paulo: Loyola, 2005.

HELLER, A. *O cotidiano e a história*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1972.

HERCULANO, L. C. *Soluções construídas pelo CNJ buscam reduzir judicialização da saúde*. In: Agência CNJ de Notícias, jun. 2020. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/solucoes-construidas-pelo-cnj-buscam-reduzir-judicializacao-da-saude/#:~:text=Atualmente%2C%20s%C3%A3o%20mais%20de%20dois,%20mas%20negligenciados%20pelo%20Estado>>. Acesso em: 07 ago. 2021.

HOLLANDA, C. B. de. et. al. A Constituição de 1988 e a ciência política no Brasil. In: HOLLANDA, C. B. de. et. al. (orgs.). *A Constituição de 1988: trinta anos depois*. Curitiba: Editora UFPR, 2018.

IAMAMOTO, M. V. *O Serviço Social na Contemporaneidade*. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

IAMAMOTO, M. *Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, M. Serviço Social, “questão social” e trabalho em tempos de capital fetiche. In: RAICHELIS, R. et. al. (orgs.). *A nova morfologia do trabalho no serviço social*. São Paulo: Cortez, 2017.

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

IANNI, O. A questão social. *Revista USP*, São Paulo, n. 3, set./nov. 1989.

IANNI, O. A construção da categoria. *Revista HISTEDBR On-line*. Campinas, número especial, abr. 2011. p. 397-416. Disponível em: <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/41e/doc02_41e_1.pdf> Acesso em: 16 out. 2016.

IASI, M. *Um golpe em marcha*. Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2021/08/25/um-golpe-em-marcha/>>. Acesso em: 28 ago, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e idade: 2000-2030*. IBGE, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. *Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica*, Rio de Janeiro: IBGE, n.41, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Quimioterapia*. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=101>. Acesso em: 09 jul. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Radioterapia*. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=100>. Acesso em: 09 jul. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Estadiamento*. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=54>. Acesso em 23 set. 2106.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva*. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

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). *O que causa o câncer?* Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/o-que-causa-cancer>>. Acesso em: 28 abr. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Estatísticas de matrícula por clínica*. Disponível em: Intranet INCA. Acesso em: 01 fev. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *O que é câncer?* Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Detecção precoce do câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2021.

JESUS, C. M. de. *Quarto de despejo: diário de uma favelada*. 9 ed. São Paulo: Editora Ática, 2007.

JURCA, R. L. Alma-Ata 4.0 e a uberização da saúde. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2018/06/15/artigo-or-alma-ata-40-e-a-uberizacao-da-saude>>. Acesso em: 06 mar. 2021.

KASHIURA JÚNIOR, C. N. *Sujeito de direito e capitalismo*. 177f. Tese (Doutorado em Filosofia e Teoria Geral do Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, 2012.

KELSEN, H. A Garantia jurisdicional da Constituição (A Justiça Constitucional). *Direito Público*, n. 1, p. 90-130, jul.-set. 2003.

LEHER, R. Ideologia do desenvolvimento, pobreza e hegemonia. In: MOTA, A. E. (org.). *Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade*. São Paulo: Cortez, 2012.

LEMOS, L. *Diagnóstico em estágio avançado do câncer de mama na América Latina e Caribe e sobrevivida de mulheres tratadas para essa doença pelo Sistema Único de Saúde segundo raça/cor*. Tese (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, UFMG, 2020.

LENIN, V. I. *O Estado e a revolução: o que ensina o marxismo sobre o Estado e o papel do proletariado na revolução*. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

LIGUORI, G.; VOZA, P. (orgs.). *Dicionário Gramsciano*. São Paulo: Boitempo, 2017.

LIMA, J. P.; ARIOKUDO, J. R. Gramsci, o Direito e a Filosofia. *Revista Espaço Acadêmico*, Maringá, n. 178, p. 55-64, mar. 2016.

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121-134, 2012.

LÖWY, M. “Gripezinha”: o neofascista Bolsonaro diante da epidemia. In: TOSTES, A.; MELO FILHO, H. (orgs.). *Quarentena: reflexões sobre a pandemia e depois*. 1 ed.. Bauru: Canal 6, 2020.

LYRA FILHO, R. *O que é direito*. 7 ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986.

MAGALHÃES, A. C.; CRUZ, J. A. da. O “pacto pela educação” e o mistério do “todos”: Estado social e contrarreforma burguesa no Brasil. *Educação em Revista*. Belo Horizonte, n.34, 2018.

MAIA, A. D. Direito à saúde e a pandemia da Covid-19: desafios para o Estado democrático de direito brasileiro. In: *Revista Processus de Estudos de Gestão, Jurídicos e Financeiros*, Brasília, v. 11, n. 41, p. 293-308, dez. 2020.

MANDEL, E. *O capitalismo tardio*. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

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

MARTINS, C. E. *Globalização, dependência e neoliberalismo na América Latina*.

São Paulo: Boitempo, 2011.

MARTINS, U. L. A judicialização das políticas públicas e o direito subjetivo individual à saúde, à luz da teoria da justiça distributiva de John Rawls. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 5, Número Especial, p. 309-328, 2015.

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

MARX, K. *O Capital: crítica da Economia Política*. Livro I: O processo de produção do capital. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

MARX, K. *A questão judaica*. 5. ed. São Paulo: Centauro, 2005.

MARX, K. *Crítica ao Programa de Gotha*. Disponível em: <<https://www.marxists.org/portugues/marx/1875/gotha/index.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

MARX, K.; ENGELS, F. *A ideologia alemã: teses sobre Feuerbach*. São Paulo: Editora Moraes, 1984.

MARX, K.; ENGELS, F. *Manifesto do partido comunista*. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, K. *Glosas críticas marginais ao artigo “O Rei da Prússia e a Reforma Social” de um Prussiano*. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ma000012.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2021.

MASCARO, A.L. *Estado e forma política*. São Paulo; Boitempo, 2013.

MASCARO, A.L. *Crise e golpe*. São Paulo: Boitempo, 2018.

MATOS, M. C. de. *Serviço social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2017.

MATOS, M. C. de. *A pandemia do coronavírus (Covid-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde*. Disponível em: <http://www.cress16.org.br/admin/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemiadocoronavirusCOVID19etrabalhodeassistentesociaisnasaude2.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2021.

MAURIEL, A.P. O. O financiamento do combate à pobreza no Brasil da era Lula. In: *Argumentum*, Vitória, v.3, n. 2, p. 267-283, jul./dez. 2011.

MAZZEO, A. C. *Estado e Burguesia no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2015.

MCINTYRE, D.; MOONEY, G. *The economics of health equity*. New York: Cambridge University; 2007.

MELO FILHO, H. De Bretton Woods a Wuhan e além. In: TOSTES, A.; MELO FILHO, H. *Quarentena: reflexões sobre a pandemia e depois*. 1 ed. Bauru: Canal 6,

2020.

MÉSZÁROS, I. *A Montanha que devemos conquistar*. São Paulo: Boitempo, 2015.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. de. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011.

MORGANTE, M. M.; NADER, M. B. O patriarcado nos estudos feministas: um debate teórico. In: XVI Encontro Regional de História da Anpuh-Rio: saberes e práticas científicas, 2014, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Anpuh-Rio, 2014.

MOROSINI, M. V. Ampliação da cobertura, restrição de direitos e precarização do trabalho em saúde: os ACS no contexto da contrarreforma neoliberal no Brasil. In: ARRUDA, R. (org.). *Trabalho, subjetividade e formação humana em tempos de reestruturação do capitalismo*. Rio de Janeiro: UERJ, LLP, 2017.

MOTA, A. E. *Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*. São Paulo: Cortez, 1995.

NASCIMENTO, J. Com Pachukanis, para além de Pachukanis: direito, dialética da forma-valor e crítica do trabalho. *Verinotio revista on-line*, n. 19, p. 79-90, abr. 2015.

NAVARRO, V. Los costos de olvidarse de ciertas categorías analíticas para entender nuestras realidades. *Política y Sociedad*, vol. 41, n. 3, p. 127-140, 2004.

NAVES, Márcio Bilharinho. *Marxismo e direito: um estudo sobre Pachukanis*. São Paulo: Boitempo, 2008.

NETTO, J. P. *Crise do socialismo e ofensiva neoliberal*. São Paulo: Cortez, 1993.

NETTO, J. P. Transformações societárias e serviço social: notas para uma análise prospectiva da profissão. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 50, p. 87-132, 1996.

NETTO, J. P. Prólogo. In: MARX, Karl. *Manifesto do Partido Comunista*. São Paulo: Cortez, 1998.

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da questão social. *Revista Temporalis*. Brasília: ABEPSS, n. 3, p. 41-49, 2001.

NETTO, J.P. Introdução ao método da teoria social. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS, ABEPSS, 2009a.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-Político do serviço social. In: Mota, Ana Elisabete et. al. (Org.) *Serviço Social e Saúde*. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília:

OPAS, OMS, Ministério da Saúde, p. 143-160, 2009b.

NETTO, J. P. *Introdução ao estudo do método de Marx*. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011a.

NETTO, J. P. Entrevista: José Paulo Netto. [Entrevista concedida a] Cátia Corrêa Guimarães. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9 n. 2, p. 333-340, jul. /out. 2011b.

NETTO, J. P. Brasil: o golpe de 1º de abril de 1964. In: BRAZ, M. *José Paulo Netto: ensaios de um marxista sem repouso*. São Paulo: Cortez, 2017.

NOVACK, George. *O desenvolvimento desigual e combinado na história*. São Paulo: Sundermann, 2008.

OLIVEIRA, A. C. O. de; SILVA, K. Z.; MARTINS, S. Reformas Sociais e Serviço Social: o Banco Mundial na consolidação do conservadorismo. In: CONGRESSO DE ASSISTENTES SOCIAIS DO RIO DE JANEIRO, 2., 2016, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: CRESS, 2016.

OLIVEIRA, D. C. de; SANTANA, V. C.; MEIRA, T. A. V. Desenvolvimento Capitalista: um debate sobre a relação centro-periferia. *EFDeportes.com Revista Digital*, Buenos Aires, n. 177, fev. 2013. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd177/desenvolvimento-capitalista-a-relacao-centro-periferia.htm>>. Acesso em: 16 mai. 2018.

OLIVEIRA, I. M. de. Cultura política, direitos e política social. In: BOSCHETTI, I. et. al. *Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas*. São Paulo: Cortez, 2008.

OLIVEIRA, Rodrigo Silva. *A judicialização da saúde no Brasil e no Rio de Janeiro: a funcionalidade do Estado e o significado aos Direitos Sociais*. 195 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2015.

OSÓRIO, Jaime. América Latina: o novo padrão exportador de especialização produtiva – estudo de cinco economias da região. In: FERREIRA, Carla, OSÓRIO, Jaime e LUCE, Mathias. *Padrão de reprodução do capital: contribuições da teoria marxista da dependência*. São Paulo: Boitempo, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *A conceptual framework for action on the Social Determinants of Health*. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf> Acesso em: 27 set. 2016.

_____. *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946*. USP. Disponível em: <<http://www.direitos humanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

PACHUKANIS, E. *Teoria geral do direito e marxismo*. São Paulo: Boitempo, 2017.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 14 ago. 2021.

PARKIN, D.M.; MUIR, C.S. Cancer incidence in five continents. Comparability and quality of data. *IARC Sci Publ*, 120, p. 45-173, 1992.

PASTORINI, Alejandra. Quem mexe os fios das políticas sociais? Avanços e limites da categoria concessão-conquista. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, ano 18, n. 53, p. 80-101, mar. 1997.

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

PASTORINI, A. *Enfrentamento da pobreza e assistencialização da proteção social no Brasil*. São Luís/MA, p. 23-26, ago. 2005. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/AlejandraPastorini.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2013.

PAULISTA, J. S. ; ASSUNÇÃO, P. G. ; LIMA, F. L. T. de. Acessibilidade da População Negra ao Cuidado Oncológico no Brasil: Revisão Integrativa. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, 65(4), 2019. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/453/526>. Acesso em: 30 maio 2021.

PEREIRA, P. A. P. Estado, regulação social e controle democrático. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. *Política social e democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

PEREIRA, P. A. P. Questão social, serviço social e direitos de cidadania. *Temporalis*, Brasília, n. 3, p. 51-62, 2001.

PEREIRA, S. D. *Conceitos e definições da saúde e epidemiologia usados na vigilância sanitária*. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visa.pdf> Acesso em: 29 jul. 2019.

PETO, J. Cancer epidemiology in the last century and the next decade. *Nature*, Bethesda, MD, 411(6835), p. 390-395, 2001.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 7, p. 687-707, 2002.

POCHMANN, M. Sobre o papel do Estado na economia e COVID-19. In: TOSTES, A.; MELO FILHO, H. (orgs.). *Quarentena: reflexões sobre a pandemia e depois*. 1 ed.. Bauru: Canal 6, 2020.

PSDB. Partido da Social Democracia Brasileira. *Avança Brasil: proposta de governo de Fernando Henrique Cardoso*. Brasília: s. ed., 1998.

RAICHELIS, R.; ARREGUI, C. C. O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no

Serviço Social em tempos de devastação e pandemia. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 140, p. 134-152, jan./abr. 2021.

RAMOS, P. M. In: ARAÚJO, D. F. M da S. de.; NOGUEIRA, S. V.; SILVA, S. T. de L.; SANTOS, W. C. da S. (orgs.). *Direito: passado, presente e futuro*. Rio de Janeiro: Pembroke Collins, 2020.

RAWLS, J. *Political Liberalism*. New York: Columbia University Press, 2005.

RIBEIRO, D.S. *O direito à saúde em tempos neoliberais: a judicialização da saúde como estratégia para a garantia de direitos?* 167 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.

RIBEIRO, M. da S. et. al. Urbanidade e mortalidade por cânceres selecionados em capitais brasileiras, 1980–2009. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 (1), p. 25-33, 2013.

ROSANVALLON, Pierre. *A Nova Questão Social: repensando o Estado Providência*. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998.

SALAMA, P.; DESTREMAU, B. *O Tamanho da Pobreza: economia política e distribuição de renda*. Rio de Janeiro, Garamond editora universitária, 1999.

SALVADOR, E. da S. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 130, p. 426-446, set./dez. 2017.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*, 31(3), p. 260-8, 2012.

SANTANA, L. U. et. al. Análise das demandas judiciais de idosos com diagnóstico de câncer no serviço público de saúde. *Comunicação em Ciências da Saúde*, Distrito Federal, 31(4), p. 19-25, 2020.

Santos, B.S. *O colonialismo insidioso*. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/o-colonialismo-insidioso-por-boaventura-sousa-santos/>>. Acesso em 09 mar. 2020.

SANTOS, M. P. A. dos. et. al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estudos Avançados*, São Paulo, vol.34, n.99, p. 225-243, maio - agosto 2020.

SANTOS, W. G. dos. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2ª ed., 1987.

SARLET, I. W. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na constituição de 1988. *Direito e Democracia*, Canoas, vol. 3, n. 1, p. 333-354, 1º semestre de 2002.

SARRETA, F. de O.; BERTANI, I. F. A construção do sus e a participação do assistente social. *Revista Serviço Social & Saúde*, Campinas, v. X, n. 11, p. 31-58,

jul. 2011.

SCALON, C. A. C. Gênero e a distância entre a intenção e o gesto. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, vol. 21, nº. 62, out./2006.

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

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SES-RJ). *Plano Estadual de Atenção Oncológica*. Rio de Janeiro. Maio de 2017.

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

SERRA, R. M. S. A questão social hoje. *Ser Social*, Brasília, n. 6, p. 169-184, jan./jun. 2000.

SIERRA, V. M. O poder judiciário e o serviço social na judicialização da política e da questão social. *Ser Social*, Brasília, v. 16, n. 34, p. 30-45, jan./jun., 2014.

SIERRA, V. M.; VELOSO, R. dos S.; ZACARIAS, E.C.P. Neoconservadorismo, Estado e vigilância. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; FREIRE, S. M. (orgs.). *Políticas sociais e ultraneoliberalismo*. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

SILVA, C. de A; CHAVES, A. R. de M.; ALCÂNTARA, L. da S. A saúde do homem em questão: um estudo sobre as repercussões sociais decorrentes do adoecimento por câncer de próstata. In: *Diálogos em Saúde Pública e Serviço Social: a Residência Multiprofissional em oncologia*. Rio de Janeiro: Inca, 2018.

SILVA, C. M. T. da R. et. el. A privatização do sistema único de saúde via a complementaridade do setor privado ao público. In: VIII JORNADA INTERNACIONAL POLÍTICAS PÚBLICAS, 2017, São Luís. Anais... Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo14/aprivatizaacaodosistemaunicodesaudeviaacomplementaridadedosetorprivadoaopublico.pdf>> Acesso em: 29 jul. 2019.

SILVA, J. A. da. *Aplicabilidade das Normas Constitucionais*, 6ª ed., São Paulo: Malheiros, 2002.

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

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

SILVA, L. B. da. Judicialização da Saúde e a pandemia da Covid-19. In: ASENSI, F.

(org.). *Conhecimento e Multidisciplinaridade I*. Rio de Janeiro: Pembroke Collins, 2020.

SILVA, N. C. F.; HORA, S. S.; LIMA, F. F. S. O Impacto do Diagnóstico nas Condições Socioeconômicas das Famílias de Crianças e Adolescentes com Tumores Sólidos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 66, n. 3, e-131104, 2020.

SIMIONATTO, I. *O social e o político no pensamento de Gramsci*. Disponível em: <<http://www.artnet.com.br/gramsci/arquiv41.htm>>. Acesso em: 26 ago, 2008.

SIMIONATTO, Ivete. A Influência do Pensamento de Gramsci no Serviço Social Brasileiro. In: *Revista Trilhas*. Belém, vol. 2, n. 1, jul.2001, p. 07-18. Disponível em: <http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos_revistas/10.pdf//>. Acesso em: 22 jan. 2009.

SIQUEIRA, L. *Pobreza e Serviço Social: diferentes concepções e compromissos políticos*. 374 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social, 2011.

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

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

SMITH, ADAM. *Riqueza das nações: uma investigação sobre a natureza e causas*. São Paulo: Hemus, 1981.

SOARES, R. C. *Contrarreforma no SUS e o serviço social* [recurso eletrônico]. Recife: Editora UFPE, 2020.

SAFFIOTI, H. I. B. *Gênero, patriarcado, violência*. 2. ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2011.

SOARES, R. C. et. al. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 140, p. 118-133, jan./abr. 2021.

SOUZA, J. *A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato*. Rio de Janeiro: Leya, 2017.

SOUZA, J. *Subcidadania brasileira: para entender o país além do jeitinho brasileiro*. Rio de Janeiro: Leya, 2018.

SOUZA, J. *A guerra contra o Brasil: como os EUA se uniram a uma organização criminosa para destruir o sonho brasileiro*. Rio de Janeiro: Estação Brasil, 2020.

SOUZA, L. P. de. *A questão social revisitada*: Rosanvallon e Castel. 36f. Monografia (Especialização em Sociologia Política) – Universidade Federal do Paraná, Departamento de Ciências Sociais, 2012.

TATE, C. Neal; VALLINDER, Torbjorn. *The global expansion of judicial power*. New York: New York University Press and London, 1995.

TEIXEIRA, C. F., SOLLA, J. P. *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família* [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-07.pdf>> Acesso em: 11 out. 2016.

TEIXEIRA, S. F.; MENDONÇA, M. H. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20, Sup 2, p. 5190-5198, 2004.

TRINDADE, J. D. de L. *Os direitos humanos na perspectiva de Marx e Engels*. São Paulo: Alfa Ômega, 2011.

TRINDADE, J. *Teoria geral dos direitos fundamentais*. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/repositorio/cms/portaITvJustica/portaITvJusticaNoticia/anexo/Joao_Trindade__Teoria_Geral_dos_direitos_fundamentais.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2019.

VASCONCELOS, A. M. de. *A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

VASCONCELOS, A. M. de. Serviço social e práticas democráticas na saúde. In: MOTA, A. E. et. al. (Org.) *Serviço Social e Saúde*. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

VIANNA, L. W. et. al. *A judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

VIANNA, L. W. et. al. A crise e a realidade política. *Estudos Avançados*, n. 23 (67), p. 47-56, 2009.

VIANNA, M. L. T. W. O silencioso desmonte da Seguridade Social no Brasil. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). *Política social e democracia*. São Paulo: Cortez, 2001.

VIANNA, M. L. T. W. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. 3 ed. Rio de Janeiro: Revan, UCAM, IUPERJ, 2011.

VIDAL, T.J., MORAES, E.L., RETTO, M.P.F. e SILVA, M.J.S. Demandas judiciais por medicamentos antineoplásicos: a ponta de um iceberg? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 22(8), p. 2539-2548, 2017.

VIDAL, M. L. B. *Acesso ao tratamento de neoplasia maligna do colo do útero no SUS*. 190f. Tese (Doutorado em Ciências) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

VIERO, F. T.; LARA, J. M. Perfil socioeconômico e clínico de pacientes em tratamento oncológico em um município do norte do Rio Grande do Sul. *Revista de Iniciação Científica da ULBRA*, Canoas, n.13, p.80-90, 2015.

VIEIRA, J. R. Verso e reverso: a judicialização da política e o ativismo judicial no Brasil. *Estação Científica* (Edição Especial Direito), Juiz de Fora, v. 4, n. 4, p. 44-57, out./nov. 2009.

VIEIRA, O. V. Supremocracia. *Revista Direito GV*, São Paulo, n. 4[2], p. 441-464, jul./dez., 2008.

WACQUANT, L. *Os condenados da cidade: estudos sobre marginalidade avançada*. Rio de Janeiro: Revan; FASE, 2001.

WEBER, M. *Ensaio de Sociologia*. 5 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

WEBER, T. A ideia de um "mínimo existencial" de J. Rawls. *Kriterion*, Belo Horizonte, v.54, n.127, Jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-512X2013000100011> Acesso em: 12 out. 2016.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza e exclusão social: expressões de questão social no Brasil. *Revista Temporalis*, Brasília, n. 3, p. 33-40, 2001.

ZAFFARONI, E. R. *Poder judiciário: crise, acertos e desacertos*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1995.

ZAMPIER, D. *Tribunais devem priorizar julgamentos sobre saúde, decide CNJ*. In: Agência Brasil, Brasília, ago.2013. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2013-08-06/tribunais>>. Acesso em: 17 ago. 2013.