

A POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE CÂNCER: UM ENSAIO DENTRO DO CAMPO DAS POLÍTICAS SOCIAIS¹

Resumo: A política de atenção oncológica se insere no campo das políticas sociais e como tal deve ser analisada. É nesta perspectiva que este estudo se debruça, partindo da análise documental para realizar uma abordagem qualitativa da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) em vigor, buscando analisar as concepções que se encontram nas normatizações da política, ou seja, como os conceitos aparecem nos documentos oficiais. A PNPCC baseia-se nas regulações do SUS, que estabelecem a necessidade de criação de linhas de cuidado, visando a articulação dos níveis de atendimento à saúde, buscando a integralidade da assistência à saúde. Insere-se no aparato político-administrativo-prestador de serviços, cujo funcionamento está condicionado por sua institucionalidade organizacional, corporificando aparelhos institucionais, culturas institucionais e saberes específicos. Está em constante mudança, pautada no paradoxo basilar da política social, da funcionalidade contraditória, transitando entre os interesses antagônicos do capital e do trabalho.

Palavras-chave: política de saúde, política social, neoliberalismo

Abstract: The oncological care policy is part of the field of social policies and as such should be analyzed. It is in this perspective that this study focuses, starting from the document analysis to carry out a qualitative approach of the National Policy for the Prevention and Control of Cancer (PNPCC) in effect, seeking to analyze the concepts that are found in the policy's norms, that is, how the concepts appear in official documents. The PNPCC is based on SUS regulations, which establish the need to create lines of care, aiming at articulating the levels of health care, seeking comprehensive health care. It is part of the political-administrative-service provider apparatus, whose operation is conditioned by its organizational institutional, embodying institutional apparatuses, institutional cultures and specific knowledge. It is in constant change, based on the basic paradox of social policy, of contradictory functionality, transiting between the antagonistic interests of capital and work.

Keywords: health policy, social policy, neoliberalism

1. INTRODUÇÃO

A política social se distingue das outras políticas públicas porque revela as contradições, os conflitos e os interesses das classes e grupos sociais em disputa. Mais que um conceito, constitui-se um campo de estudos e uma arena de lutas. Ela se encontra em constante mudança, refletindo a dinâmica societária, expressando-se através de normas, serviços sociais operacionalizadores e legislações. Neste trabalho, o objetivo é problematizar a política de atenção oncológica em vigência a partir da perspectiva da política social, buscando trazer reflexões sobre temática,

¹ Debora Louzada Carvalho, Programa de Estudos PósGraduados em Política Social/ ESS/ UFF, Mestre em Política Social pelo PEPGPS/ UFF, louzadadebora@id.uff.br

assim como para o campo da saúde em geral, consistindo na exposição das ideias e pontos com base em pesquisa bibliográfica e documental.

Como estratégia metodológica, o estudo adotou a abordagem qualitativa e pautou-se na análise documental. O desenho metodológico da pesquisa constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema. (LÜDKE e ANDRÉ, 1986). O trabalho de análise se inicia com a coleta dos materiais, não sendo uma recolha aleatória de informações.

A coleta de informações permite desvelar a percepção do fenômeno. Muitas vezes os documentos são as únicas fontes que registram princípios, objetivos e metas de um objeto em análise. Neste sentido, os documentos revelam concepções explícitas e subjacentes de determinados objetos de pesquisa. Por exemplo, os documentos podem revelar dinamicidade e complexidade de uma determinada concepção de uma política pública. A análise documental é essencialmente temática, sendo que o estudo dos documentos visa investigar os fatos os sociais e suas relações com o tempo sócio-cultural-cronológico (RICHARDSON, 2010). A pesquisa bibliográfica e a análise documental constituíram o principal procedimento metodológico para coleta de dados.

Em 2005, foi publicada a Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005) que objetivou dar um norte às diversas portarias existentes no âmbito do combate ao câncer então vigente. Em 2013, dentro do contexto de organização das redes de atenção à saúde, foi publicada a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, enfatizando a atenção integral e buscando garantir ações como o acesso à rede de serviços (BRASIL, 2013).

Em 2017, em decorrência do projeto SUS Legis, que tinha o objetivo de consolidar as portarias sobre a estrutura do SUS, buscando a organização e a disponibilização do arco normativo da saúde, foram sistematizadas as normas em vigor do Sistema Único de Saúde (SUS), incorporando aproximadamente 20 mil portarias do Ministério da Saúde. O conteúdo da PNPC foi incorporado e trabalhado nas chamadas portarias consolidadoras.

As portarias dividem-se em: Portaria de Consolidação (PC) n. 1, que compreende as normativas relativas aos direitos e deveres dos usuários da saúde, organização e funcionamento do SUS; PC n. 2: que abarca as políticas

nacionais de saúde do SUS; PC n. 3: referente às redes do SUS; PC n. 4: sobre os sistemas e subsistemas do SUS; PC n. 5: que trata das ações e serviços de saúde do SUS; e PC n. 6: financiamento e transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS, sendo o conteúdo da PNPCC foi distribuído no conteúdo nessas portarias, mas o seu núcleo encontra-se no anexo IX da Portaria de Consolidação n 2 (BRASIL, 2017).

Tendo este conceito como horizonte, buscou-se analisar as concepções que se encontram nas normatizações da política, ou seja, como os conceitos aparecem nos documentos oficiais, tendo como ponto de partida para o debate os conceitos apresentados no tópico a seguir

2. AS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL: UMA APROXIMAÇÃO AO DEBATE

Torna-se, principalmente neste momento, imperativo refletir a política social a partir de mudanças globais, partindo da lógica da totalidade e abarcando a contradição que constitui a sociedade capitalista, para se aproximar dos objetos de estudo, analisando suas dinâmicas, apreendendo a sua dimensão histórica-estrutural, compreendendo-as pelas contradições que são próprias da sociedade capitalista, com funcionalidades tanto para o capital quanto para o trabalho.

As políticas sociais (e, por consequência, as políticas de saúde) são resultantes de uma série de fatores, inserem-se nos processos do capitalismo mundial, e são impactadas pela ação de sujeitos coletivos nos contextos democráticos. Neste sentido, para desvendar a política a ser estudada, é preciso aprendê-la a partir de um leque de variáveis: históricas, estruturais, institucionais e políticas. Assim, faz-se necessário agregar na análise "a inserção no modelo de desenvolvimento e de proteção social, a relação das políticas de saúde com outras políticas públicas, o papel dos distintos atores políticos e os fatores que condicionam sua atuação" (MACHADO; LIMA, 2015: 123)

Pereira (2020) diferencia a política social do estado capitalista daquela existente no período pré-capitalista e nos estados socialistas. Ressalta que a política social burguesa possui um paradoxo basilar, com funcionalidades contraditórias, tendo um polo como representante do mundo do trabalho, como lócus privilegiado do reino das necessidades e outro como representante do mundo do capital, lócus do imperativo da rentabilidade econômica privada. Trata-se então de uma relação que

transita entre interesses antagônicos do capital e do trabalho para atendê-los em um processo de correlação de forças, com o Estado buscando a coesão social.

A proteção social emerge como direito garantido pelo Estado, a partir de uma lógica positiva, do direito, de ampliação de direitos sociais e, por conseguinte da cidadania, com atuação importante dos sindicatos, partindo para além dos direitos individuais, reconhecendo os sujeitos sociais e coletivos como atores nesta arena de disputas. Esse paradoxo estrutural da relação entre política social e capitalismo constitui-se uma contradição dialética, como ressalta Pereira (2020): o capitalismo não pode existir com o Estado Social, tampouco consegue viver sem ele.

No atual regime pós-fordista, o Estado assume um caráter funcional às necessidades de lucro do capital, crescente subordinação da política social à economia, em uma reificação do valor de troca sobre todos os outros componentes do capital como relação. O trabalho e o capital passam a serem fatores de produção e não um conjunto de relação entre pessoas mediados pelas instrumentalidades dos objetos. Neste sentido, a política social deixa de satisfazer necessidades humanas para favorecer serviços de bem estar que beneficiem negócios, com uma redução de sua funcionalidade, com uma focalização seletiva, objetivando o acesso aos serviços básicos, de reprodução da classe trabalhadora.

Para descortinar os paradoxos, reconhecendo a natureza complexa da política social, buscando os seus fundamentos, envolvem-se também os aspectos técnicos operacionais, reconhecendo os sujeitos imbricados nesta correlação de forças e concepções e a contribuição relativa das políticas sociais para o desenvolvimento do capital, com a precarização social do trabalho como elemento central no mundo contemporâneo para análise da sociedade capitalista. A abordagem da política social em sua totalidade implica em uma síntese de múltiplas determinações, considerados os diversificados padrões de proteção social no mundo do capital.

O Estado é chamado a atuar nos momentos de crise do capital, intervindo de forma a impedir a queda brusca de consumo nestes períodos, sendo as políticas sociais um conjunto de estratégias anticíclicas, constituindo-

se a partir de um viés econômico, mas também político, no sentido de legitimação das demandas, mas também de controle dos trabalhadores.

A contradição é um elemento constituinte das políticas sociais. Faleiros (1987) pontua que os seus elementos contraditórios são escondidos pelo neoliberalismo, constituindo-se um campo de disputas, mas também de oferta de serviços, das instituições e dos direitos. Assim, ao pensar a política social dentro de um estado liberal, envolve-se a perspectiva do individualismo, dos mínimos e da competitividade. Também causam impactos nas relações de produção, mas não de exploração, tornando-se um meio para garantir consumos mínimos, com uma centralidade do mundo do trabalho, focados na reprodução da força de trabalho. Busca-se, ainda, uma culpabilização dos sujeitos, objetivando a reintegração dos excluídos e taxando a partir do conceito de fracasso aqueles que não se inserem nesta lógica do capital.

A contradição inerente à própria junção dos termos política e social denota a contradição da separação entre Estado e Sociedade, como sinaliza Fleury (2018), compreendendo a política social como meta-política, permitindo o ordenamento de opções trágicas, entre distribuição e concentração de riquezas, sendo fruto de diferentes e contraditórios fatores que determinam sua configuração e dinâmica. Assim, elegem-se níveis de desigualdades que se consideram toleráveis. O consenso requerido é fruto do entendimento entre posições conflitivas no processo de construção de hegemonia.

A luta pelos direitos sociais protagonizada por sujeitos coletivos pressupõe a base da cidadania, de dimensão pública dos indivíduos, inspirada na teoria política clássica de separação entre Estado e Sociedade, partindo do desenvolvimento de uma cultura cívica e de um estoque de capital social, com mecanismos de socialização e coerção que garantem a prevalência dos interesses públicos sobre os privados (FLEURY, 2018).

Fleury (2018) ressalta que há uma polifonia de sujeitos, que trazem para esta arena uma série de questões que não podem ser desconsideradas. Behring (2009) aponta que, neste contexto de capitalismo tardio, emerge a lógica da inversão do direito, com a proteção do grande capital, da burguesia, em detrimento aos direitos dos trabalhadores, com naturalização da escassez, com fragmentação da classe que vive do trabalho, mediada por conflitos dos processos de perspectiva identitária e de reconhecimento, sem enfretamento claro da desigualdade.

Com o propósito de apreender o processo de construção das políticas sociais, torna-se necessário assumir que sua funcionalidade não é o seu fim em si mesmo, mas um meio. Desta forma, é importante salientar que a capacidade de intervenção estatal é delimitada por uma dada estrutura econômica, intimamente imbricada com as questões provenientes da reprodução ampliada da força de trabalho e do capital e com as demandas provenientes das classes, ressaltando que elas estão em constante embate e não são homogêneas em suas demandas, em um processo constante de contradições. Acrescenta-se a esta análise o fato de que o capitalismo se manifesta de forma diferente nos diferentes países e que se faz necessário entender as dinâmicas locais para que se possam analisar as políticas sociais nos países com inserção periférica no mundo do capital.

No Brasil, as políticas sociais são centralizadas nos órgãos estatais, sendo propostas pelo governo federal e executadas pelos níveis locais, municipais, com pouca ou nenhuma mediação dos órgãos estaduais. Souza (2019) aponta que os municípios, não os estados, tornaram-se parceiros do governo federal na implementação de políticas sociais. Neste sentido, as políticas públicas são nacionais, o que impõe uma uniformidade central, paradoxo com o federalismo implementado na Constituição de 1988, onde as diversidades locais são valorizadas na constituição dos municípios, em uma constante busca pelo equilíbrio entre a autonomia regional e a autoridade federal. Desta forma, o equilíbrio federativo foi configurado em um formato onde os municípios são colocados como entes federativos não subordinados aos estados, recebendo recursos diretos da União.

Souza (2019) sinaliza, ainda, que as dimensões cooperativas do federalismo no setor saúde se manifestam como desigualdades regionais entre sistemas locais em função das diferentes capacidades fiscais e de autonomia, como falta de coordenação política e de baixa responsabilização entre os três entes em termos de resultados da política pública (SOUZA, 2019). Na crise fiscal instalada no país, o abandono do setor saúde torna-se evidente, instalando-se uma competição por recursos e a imposição de barreiras de acesso ao sistema de saúde por segmentos da população (RIBEIRO; MOREIRA, 2016)

A hegemonia político-ideológica se firma através da “luta” entre forças antagônicas, existentes na relação estabelecida entre as classes que compõem a sociedade. Para esta, o Estado dirige, regula e elabora políticas que procuram atender as demandas tanto da sociedade organizada como de grupos dirigentes; o que proporciona, em muitos casos, uma crise dos serviços e a caracterização do processo de exclusão. Contudo, a presença deste binômio no interior desta discussão destaca que, apesar da exclusão fazer parte das regras de manutenção do poder econômico e político do Estado, a inclusão baseada nos interesses da força de trabalho também se faz.

As políticas setoriais são ações que se orientam para o cumprimento de determinadas metas em campos, em realidades setoriais concretas, muitas vezes não reconhecendo a complexidade dos problemas sociais e das desigualdades regionais. Constitui-se então em uma arena contraditória, complexa e multifacetada, onde interesses concorrentes competem, gerando consensos, assumindo contradições, delimitando as possibilidades e expressando concretamente a ação do Estado em determinado campo de atuação. Este campo é um espaço de materialização da política social, de conhecimento e práticas específicas: incorporação de tecnologias e mediação do trabalho humano, uma concretização da correlação de forças existentes (FLEURY, 2018).

O estado neoliberal usa a “descentralização” das políticas públicas como forma de transferir para os estados e municípios as funções e responsabilidades, desincumbindo-se de funções que lhe foram atribuídas constitucionalmente, sem o necessário repasse de verbas a sua execução. Desta forma, observa-se no Brasil uma descentralização dos serviços e funções, mas não uma desconcentração dos recursos, que continuaram a ser controlados pela União, através da sua política econômica.

Essa ideologia neoliberal se contrapõe ao controle social, que pressiona o Estado por aumento de verbas para as políticas públicas, qualidade no atendimento prestado a população, priorização das ações pelas necessidades locais, questiona e denuncia os desvios de verbas, etc. O controle social se opõe à ótica da diminuição das funções do Estado, através do repasse para a sociedade civil de funções que lhe seriam próprias, transferindo para o privado, questões públicas.

A descentralização ganha um sentido peculiar neste contexto federativo, considerando a coordenação intergovernamental como peça-chave, compreendendo-

a como um eixo derivado da trajetória de constituição do federalismo brasileiro. Desta forma, a descentralização foi acompanhada igualmente pela tentativa de democratizar o plano local. Porém, não conseguiu apagar seus problemas, trazendo à tona essa questão das desigualdades regionais, que urge a ser enfrentada.

Diversas medidas são tomadas visando minimizar as desigualdades regionais. Entretanto, esta é reforçada pela existência de um grande quantitativo de municípios com baixa capacidade de sobreviver por recursos próprios em virtude de seu tamanho e atividade econômica.

O processo de organização e disputa da política social de saúde no Brasil acontece imerso em um contexto social e econômico mais amplo. De forma breve, serão apresentados alguns dos elementos dessa discussão no próximo tópico. Nesta configuração de nova forma de organização do capital mundial, as políticas públicas no Brasil vêm se alterando a partir do movimento da própria sociedade que “luta” por conquistas efetivas e ampliação dos espaços, mais especificamente, do atendimento às demandas da sociedade.

3. A POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER

Com a Constituição Federal de 1988, em seus art. 196 a 200, o Sistema Único de Saúde, SUS, é criado, mas não implantado. Isso somente ocorre com a sua regulamentação, que ocorre em 1990 através das Leis 8080/90 e 8142/90, as quais constituíram a Lei Orgânica da Saúde, a LOS. Após a sua publicação, emerge a necessidade de suprimir lacunas deixadas e são criadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs), em 1991, 1992, 1993, 1996; portarias ministeriais que incorporaram à legislação conceitos como a equidade e formas de gestão, financiamento, repasse de verbas, gestão dos municípios e estados, com incentivos financeiros para as ações educativas em saúde.

Importante salientar que este desenho de federalismo, onde as relações intergovernamentais fazem com que as três esferas de governo, bem como seus legislativos, convivam no instável equilíbrio, o qual implica a gestão de um sistema político onde o poder é ao mesmo tempo dividido e compartilhado dentro do mesmo espaço territorial. Ou seja, não existe uma hierarquia entre os entes federativos e toda política de saúde deve ser pactuada nos espaços

decisórios existentes, as Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

No que se refere especificamente à política de saúde, a implantação e consolidação do SUS remodelou o perfil da oferta dos serviços, especialmente no que tange à descentralização da provisão e gestão da atenção à saúde em direção aos estados e municípios, ao longo das décadas. Certamente, esse processo não ocorreu isento de conflitos e um conjunto de desafios, particularmente no que tange à garantia da integralidade², da continuidade da atenção e qualidade dos serviços ofertados³, que tiveram impactos significativos na política de atenção oncológica.

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), Portaria GM Nº 874, de 16 de maio de 2013 (BRASIL, 2013), define como campo de atuação a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos, propondo a integração entre as esferas de gestão política, em todas as unidades de federação, definindo as competências dos diferentes níveis de atenção. A especificação do campo da Rede da Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas assenta-se nas mesmas bases da PNPCC.

A PNPCC (BRASIL, 2013) baseia-se nas regulações do SUS, que estabelecem a necessidade de criação de linhas de cuidado, visando a articulação dos níveis de atendimento à saúde, buscando a integralidade da assistência à saúde com as Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010). O Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8080/90, ou seja, regulamenta o SUS, traz a definição de conceitos que passam a organizar o Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (art. 1º).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi criada como estratégia para um cuidado integral e direcionada às necessidades de saúde da população. A RAS tem por objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia

² Mattos (2001:61), aponta que: “existem três grandes conjuntos de sentidos do princípio de integralidade. Eles incidem sobre diferentes pontos: o primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independentemente de ela se dar no âmbito do SUS; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde”.

³ Um balanço dos quase trinta anos de implantação do SUS foge aos objetivos desse trabalho. Diversos estudos têm se debruçado em examinar os rumos, dilemas e tendências do SUS, dos quais se sugere a leitura das Revistas Saúde em Debate v.33, n.81, 2009 e Ciência e Saúde Coletiva vol.14, no.3. Rio de Janeiro, maio/jun.2009.

clínica e sanitária e eficiência econômica; caracterizando-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

As Redes de Atenção à Saúde buscam arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, integrando por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, visando garantir a integralidade do cuidado (MENDES, 2011). Para isso, na sua organização, devem buscar identificar a população e o território sob sua responsabilidade, definindo seus parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.

Seguindo a definição da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas, a PNPC define os termos para cada componente, estabelecendo competências e responsabilidades das estruturas operacionais, ressaltando a importância da articulação entre elas, destacando, no componente Atenção Básica a sua função de coordenadora do cuidado aos usuários com câncer, mesmo após o encaminhamento para os outros pontos da RAS.

Com relação ao financiamento da PNPC, definiu-se que, além do repasse dos fundos de saúde (nacional, estaduais e municipais), recursos oriundos do ressarcimento dos planos de saúde, da seguridade social, de fundos especiais, para mais de parcerias nacionais e internacionais objetivando o financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos usuários do SUS.

Uma rede de saúde regionalizada, ao se institucionalizar em uma estrutura de sistema de redes, busca a complementariedade das instituições, estabelece a possibilidade de trocas e a integração entre os diversos atores, com o objetivo de prestar a melhor assistência possível na sua área de atuação. A regionalização em saúde pressupõe a organização dos serviços em redes dinâmicas, horizontais (entre os indivíduos) e vertical (entre os diferentes níveis

e componentes do sistema de atenção) e coordenação assistencial (OUVERNEY; NORONHA, 2013, p. 149).

Neste sentido, sendo o foco na atenção integral ao usuário oncológico, a reorganização dos serviços de saúde, em cada região, deve ter o objetivo de cobrir as necessidades de saúde da população, sendo necessárias distintas formas de organização de recursos, tanto financeiros quanto estruturais, obedecendo a critérios relacionados a distintas dimensões, de acordo com as condições locais (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Conil et al. (2011), ao analisarem a organização de redes coordenadas de cuidado, o fazem partindo da perspectiva do acesso como categoria central de estudo, destacando que, para avançar na direção do monitoramento da qualidade dos sistemas de saúde, implica também em enfrentar as dificuldades do processo de regulação, principalmente desta dupla porta, considerando que os serviços são mercadorias que, podem ou não ter mais demandas ou mais ofertas, e que é preciso tirar o foco da ampliação de ofertas para a garantia de um acesso oportuno. Desta forma, a RAS em Oncologia deve ter o propósito para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita.

4. A capacidade de intervenção estatal em um federalismo assimétrico

A Política de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas define como campo de atuação a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos, propondo a integração entre as esferas de gestão política, em todas as unidades de federação, definindo as competências dos diferentes níveis de atenção, estabelecendo o trabalho em rede. A Rede de Atenção à Saúde é apresentada como um facilitador do planejamento em saúde, cujas ações estejam voltadas para as necessidades e demandas da população em seus diferentes territórios e como forma de garantir a sustentabilidade dos processos, sendo um produto de uma construção e gestão compartilhadas. No entanto, a grande dependência que algumas regiões de saúde possuem de outras no tocante a assistência hospitalar e ambulatorial demanda uma revisão das divisões regionais, com pactuações bem definidas nas comissões bipartites, de modo a buscar a efetivação do cuidado integral.

Apesar de constar como direito garantido na constituição, a política social de saúde suporta os efeitos apontados por essa perspectiva de individualismo, dos mínimos sociais, que levam a fragmentação ainda maior do sistema. Desta forma, a criação de mecanismos para superá-los buscam a integração entre os níveis e o estabelecimento de fluxos bem definidos.

Neste sentido, a Linha de Cuidado específica para o câncer busca organizar as ações neste âmbito, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde (art. 3º). A questão do acesso aos serviços de saúde se destaca e deve ser considerada na elaboração de documentos da Rede de Atenção Oncológica, buscando a redução das barreiras de acesso da população, constituindo-se em elemento fundamental para a sua consolidação.

A integração entre os diferentes níveis de atendimento pode ser identificada em nível de planejamento das ações e, atualmente, de regulação da oferta de serviços. A comunicação ainda está restrita a encaminhamentos via sistema de regulação, não sendo propostos mecanismos de integração como atividade rotineira na unidade básica. Este descompasso impacta diretamente na não compreensão da oncologia dentro da lógica das redes de atenção à saúde e de suas interfaces com as outras redes de atenção e linhas de cuidado existentes. O trabalho em rede é apresentado como facilitador de um planejamento em saúde em que as ações sejam voltadas para as necessidades e demandas da população em seus diferentes territórios e como forma de garantir a sustentabilidade dos processos, sendo uma construção e gestão compartilhadas.

A PNCC ao inserir-se na RAS define responsabilidades e competências para os diferentes níveis de atenção e gestão, colocando a Atenção Básica no cerne da gestão do cuidado integral do usuário, assumindo a promoção da saúde, prevenção do câncer, rastreamento, encaminhamento a atenção especializada, registro dos casos identificados, acompanhamento do usuário nos diversos níveis de atenção e compartilhamento do atendimento nos cuidados paliativos, quando não há mais possibilidade de tratamento curativo e se preconiza a qualidade de vida.

A integralidade do cuidado nos remete a integração entre as ações coletivas e preventivas e as ações curativas, buscando articular os diferentes setores que compõem os diferentes níveis que estão envolvidos na formulação e execução das políticas públicas, sendo fundamental que essa forma de gestão envolva todos os serviços e de forma contínua (MAGALHÃES JUNIOR E OLIVEIRA, 2006). Entretanto, a forma como hierarquização do acesso está constituída leva uma fragilidade entre os níveis de atenção que comprometem a integralidade.

5. A oncologia como campo de luta de sujeitos sociais na perspectiva do estado neoliberal

É importante destacar que, a PNCC, como política social também sofre a influência dos contextos políticos, econômicos e culturais, sendo influenciada por debates e ideologias sobre o papel do Estado na garantia do bem-estar social. Neste sentido, como destaca Mota (2012:03), a ofensiva neoliberal sobre o Estado, faz com que ação sociorreguladora se retraia e “pulveriza os meios de atendimento às necessidades sociais dos trabalhadores entre organizações privadas mercantis e não mercantis”, diminuindo a capacidade de intervenção estatal.

Destaca-se, ainda que a oncologia é marcada por uma relação heterodoxa entre o público e o privado. Este setor possui um predomínio de prestadores privados, que levam um fluxo financeiro da esfera pública para a privada, com um segmento do setor privado cuja oferta de serviços é, muitas vezes, determinada por uma “dupla porta de entrada”, e esta duplicidade pode acarretar em uma relação promíscua, marcada por uma interdependência entre SUS e planos de saúde, repassando ao SUS os custos de atendimentos que seriam mais elevados, sendo que estes são ofertados pelo mesmo serviço (SANTOS et AL,2008).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, conclui-se a importância do aprimoramento da discussão no Estado, de modo a agregar elementos relacionados ao desenvolvimento socioeconômico e de saúde suplementar nas regiões de saúde, com maior envolvimento dos sujeitos sociais inseridos neste debate.

Assim, a política social, desvela as contradições, os conflitos e os interesses em disputa, está em constante mudança, baseada em normas, legislações e serviços operacionalizadores, pautada no paradoxo basilar, da funcionalidade contraditória,

transitando entre os interesses antagônicos do capital e do trabalho, no processo de correlação de forças.

As políticas sociais, como materialização dessa correlação de forças, constituem um aparato político-administrativo-prestador de serviços, cujo funcionamento está condicionado por sua institucionalidade organizacional, corporificando aparelhos institucionais, culturas institucionais a saberes específicos.

Faz-se necessário, como ressalta Fleury (1998), ir além da conceituação das políticas sociais por recortes sociais, por setores sociais, porque este recorte de política social setorial simplifica a análise das políticas sociais, fragmentando a análise e não compreendendo os processos e as desigualdades intrínsecas a sua configuração.

Referências Bibliográficas

BEHRING, E. R. Política social no capitalismo tardio. 6a. ed. Introdução e conclusão, Rio de Janeiro: Cortez, 2015.

BRASIL, MS/GM, Portaria nº 2.439, de 08 de dez. de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos.

BRASIL, MS/GM. Portaria Nº 4279, de 30 de dez. de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

BRASIL, MS/GM, Portaria Nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.

BRASIL, MS/GM, Portaria De Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

FALEIROS, V. P. A política social do estado capitalista: as funções da previdência e assistência social. 5a. ed. Cortez: São Paulo, 1987.

FLEURY, S. Capitalismo, democracia, cidadania - contradições e insurgências. Saúde debate [online]. 2018, vol.42, n. spe3, p.108-124.

FLEURY, S. Políticas sociais e cidadania. Working Paper. Sep., 1998.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciênc. saúde coletiva 15 (5), 2010.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; OLIVEIRA, R. C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In: PINHEIRO, R; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EdUCS; IMS/UERJ; CEPESQ, 2006.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de. Perspectivas históricas na análise de políticas de saúde. In: BAPTISTA, T. W. de F. (Org.). Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 115-146, 2015.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. RJ: UERJ; ABRASCO, 2001.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: OPAS, 2011.

MOTA, A. E. Crise, desenvolvimentismo e tendências das políticas sociais no Brasil e na América Latina, Configurações, 10 | 2012.

OUVERNEY, A M; NORONHA, J C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FIOCRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/MS/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 143-182.

PEREIRA, P. A. P. A política social entre Deus e o Diabo: determinações e funcionalidades no sistema capitalista. In: MORAES, C. A. S; SENNA, M. C. M; FREITAS, R. S. (Orgs.). Política social no Brasil: trajetórias, sujeitos e institucionalidades. Curitiba: Editora CRV, p. 33-50, 2020.

RICHARDSON, R.J. Pesquisa social: métodos e técnicas. SP: Atlas, 2010.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA M. R. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. Saúde Debate, v. 40, n. especial, p. 14-24, 2016.

SANTOS, I. S. et al. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 13(5):1431-1440, 2008.

SOUZA, C. M. de. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. Cad. Saúde Pública, v. 35, sup. 2: e00046818, 2019.