



## VIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA

### 40 anos de democracias: progressos, contradições e perspectivas

---

ÁREA TEMÁTICA: Sociologia da Saúde [ST]

---

#### **OS PERCALÇOS DE UMA POLÍTICA: RELAÇÃO À BRASILEIRA ENTRE O ESTADO E A POLÍTICA DE COMBATE AO CÂNCER**

---

SILVA, Lourdes Karoline Almeida

Mestre em Políticas Públicas, doutoranda em Políticas Públicas, Socióloga

Universidade Federal do Piauí e Universidade Estadual do Piauí

[lourdeskaroline@hotmail.com](mailto:lourdeskaroline@hotmail.com); [lourdeskaroline.sociologa@bol.com.br](mailto:lourdeskaroline.sociologa@bol.com.br).

---

BARROS JÚNIOR, Francisco de Oliveira

Doutor em Sociologia

Universidade Federal do Piauí

[barrosjr@ufpi.edu.br](mailto:barrosjr@ufpi.edu.br)

---



#### Resumo

Este artigo trabalha a relação sociopolítica e histórica entre o Estado brasileiro e a construção da política nacional de combate e controle do câncer, enfatizando, especialmente, a tessitura brasileira das duas últimas décadas, em que houve o desmonte da seguridade social, da qual a saúde é um dos três pilares junto com a previdência e assistência social. Para tanto, fez-se uma análise da construção e crise do Estado de Bem-Estar Social e implantação retardatária dos ajustes estruturais neoliberais, no Brasil. Destaca-se nesse percurso, a Política Nacional de Atenção Oncológica, instituída em 2005, e dirigida pelo Instituto Nacional de Câncer. Conclui-se que as iniciativas do governo federal em construir mecanismos legais, como a Política Nacional de Atenção Oncológica, vinculados à proposta inicial do Sistema Único de Saúde não estão sendo acompanhadas de condições concretas para a sua efetivação. Pois quanto ao câncer, as bases legais através da iniciativa política pública estatal para seu controle e combate foram postas, mas essa política não recebe o devido financiamento para sua realização. Aliás, essa política é acompanhada intimamente pelo processo de publicização, em que o apelo ao voluntariado ou à solidariedade da sociedade faz-se empírica e ideologicamente presente.

#### Abstract

This article shows the socio political and historical relation between the Brazilian state and the construction of national policy to fight and control cancer that especially emphasizes the Brazilian organization in the last two decades when there was a disassembly of the social security, which health is one of the three pillars joined with social security and welfare. This way, an analysis was done in the construction and crisis of the Welfare State and a deferred insertion of the neoliberal structural adjustment in Brazil. It displays the National Policy for Oncological Care, established in 2005, and directed by the National Cancer Institute. It is concluded that the federal government initiatives in building legal mechanisms like National Policy for Oncological Care linked to the initial proposal of the Health System are not accompanied by the concrete conditions for its realization. In relation to cancer, the legal bases through the public policy initiative by government to control and fight were put, but this policy does not receive the rightful funding for its realization. As a matter of fact, this policy is followed closely by the process of publicization where the call to volunteer or to solidarity of the society is empirically and ideologically actual.

Palavras-chave: Estado. Saúde. Seguridade social. Câncer. Política Nacional de Atenção Oncológica.

Keywords: State. Health. Social Security; Cancer. National Policy for Oncological Care.



## 1. Introdução

Uma das questões e tensões que flutuam no ar e diariamente são desafiadoras, no cenário polifônico e policromático brasileiro, é a saúde e, em consequência, os mecanismos de sua manutenção e universalização, expressos em propostas e políticas de saúde. Dimensão necessária para a existência e dignidade humana, a saúde, no Brasil, é debatida e rebatida contínua e reiteradamente, em um jogo assaz político que prima por sua focalização nos segmentos sociais economicamente menos favorecidos, o que gera “no bojo da sociedade brasileira uma compreensão de saúde pública enquanto assistencialismo ou caridade” (Fuhrmann, 2004, p. 112).

Ao se discutir a saúde como política, importa entender que o seu oposto, a doença, além de fato clínico, é um fenômeno sociopolítico, pois as doenças são uma realidade socialmente construída e os/as doentes são personagens sociais. Aliás, em nossas realidades sociopolíticas, assim como todos os demais conceitos existentes, o conceito de doença não é inocente. Na múltipla relação saúde-doença, um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo é o câncer ou as neoplasias malignas, que são patologias crônicas e degenerativas, que desde 2003, é a segunda causa de morte por doença na população brasileira, e que, em 2030, será a primeira causa de mortalidade por doença no mundo e superará as doenças cardiovasculares (Sontag, 1984; Minayo, 1991; Brasil, 2005; Silva, 2010; Brasil, 2011).

Em 2005, através da Portaria GM 2.439, o Ministério da Saúde, instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), sob responsabilidade do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), órgão governamental subordinado ao Ministério da Saúde, com sede na cidade do Rio de Janeiro. Através da Política Nacional de Atenção Oncológica, evidenciou-se uma retomada de aspectos apontados na Lei 8.080/90 ou Lei Orgânica da Saúde, quanto à organização dos serviços nos diferentes níveis de complexidade desde a atenção básica à média e alta complexidades. Isto é, a Política Nacional de Atenção Oncológica acentua o câncer como questão de saúde pública. Contudo, apesar dos anos percorridos desde sua instituição, não se conseguiu refrear a incidência do câncer, no Brasil (Brasil, 2005; Silva, 2010).

Ianni (2004, p. 151) diz que “todo aquele que migra sabe de onde parte mas não sabe onde chega; sabe o caminho que deixa mas não sabe qual encontra”. Diante dessa citação, inicio um percurso, que tem como ponto de partida muitas lacunas, cujo centro de discussão é o câncer como questão política e como política pública, especialmente, nos últimos vinte anos. Para tanto, neste artigo, far-se-á uma contextualização da construção do Instituto Nacional de Câncer, como agente diretivo da Política Nacional de Atenção Oncológica e da reforma administrativa do Estado brasileiro, na década de 1990, que teve como uma de suas diretrizes o processo de publicização, que se imiscui, entre avanços e retrocessos, com a saúde. No trajeto teórico-discursivo pretendido neste artigo, veremos como mais uma vez diz Ianni, uma “pluralidade de Brasis (...) em taquigrafias de uma história difícil”.

## 2. Percurso sociopolítico do câncer, no Brasil, e seu paralelo com o mundo.

O câncer, em sua história social, foi associado a desequilíbrio de fluidos corporais, na escola hipocrática grega, à descoberta de patologia local relacionada a diminutas estruturas orgânicas, no século XVIII. No final do século XIX, iniciou-se a utilização de intervenções cirúrgicas e da radioterapia, as quais foram consolidadas no século XX, que trouxe consigo avanços médicos, que proporcionaram a utilização do tratamento quimioterápico. A partir de meados do século XX, com o acelerado avanço da medicina, intensificou-se o temor da sociedade quanto ao câncer, que passou a ser visto como o flagelo da modernidade. Ao tempo em que se transformava em um objeto de estudo cada vez mais observado pela medicina, socialmente, transformava-se em uma doença temerosamente associada à morte inevitável e perpassava por esse imaginário sociocultural a possibilidade de contágio e a interligação com características morais e psicológicas dos doentes, como causas da enfermidade. O câncer transfigurou-se através de eufemismos, silêncios e metáforas (Sontag, 1984; Carvalho, 2006; Teixeira; Fonseca, 2007).

No período entre as duas guerras mundiais, ampliou-se a preocupação com a problemática do câncer, principalmente devido ao aumento epidemiológico da doença relacionado à elevação de melhores condições de vida da população e concomitantemente ao seu envelhecimento. Nesse contexto, o câncer tornou-se

motivo de atenção dos Estados, das instituições de pesquisa e dos médicos em geral, por tomar o lugar de doenças avassaladoras do passado, que já estavam sob controle da medicina. No cotidiano social, naturalizaram-se palavras de cunho militar, como guerra, luta e combate no discurso ideológico da doença (Sontag, 1984; Carvalho, 2006; Teixeira; Fonseca, 2007).

Nas décadas de 1960 e 1970, iniciou-se a construção de um novo discurso ideológico no processo de prevenção e tratamento do câncer, entendido, a partir de então, como uma enfermidade crônica e degenerativa. Mediante essa construção social e discursiva, objetivou-se desconstruir a história da representação do câncer como mal medonho e incontrolável; um confronto entre a racionalidade médica, investida de um estatuto da verdade e a irracionalidade simbólica, investida de uma concepção alegórica da doença. Nesse período, no Brasil, as doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de morte, e foram substituídas pelas doenças do aparelho circulatório e pelas neoplasias (Carvalho, 2006; Inca, 2011).

Nos anos 1980, o aumento gradual da incidência do câncer e as preocupações surgidas dessa problemática fortaleceram as iniciativas a favor do contexto de valorização da prevenção, da detecção precoce, da integração dos serviços e das ações básicas de saúde. Desse período até os dias atuais, muitos avanços ocorreram, mas não foram acompanhados por recursos e formas de financiamentos adequados à saúde e pela organização consistente e homogênea do Sistema Único de Saúde nas diferentes regiões. Como agravante dessa problemática, a elaboração e a implantação de um plano nacional de controle de câncer possui uma enorme barreira: as precárias condições de vida de amplos segmentos da população brasileira (Teixeira; Porto; Habib, 2012).

A gestão do Instituto Nacional de Câncer, na década de 1980, ficou a cargo tanto do Ministério da Saúde como do Ministério da Previdência e Assistência Social, o que possibilitou melhorias significativas em suas atividades e o seu retorno como protagonista no campo das ações médicas e das formulações de políticas para o controle do câncer no país. O sistema de cogestão – Portaria Interministerial nº 09, de 26 de agosto de 1980 – do INCA foi uma inversão na lógica anterior de mercantilização da saúde e uma abertura de parceria entre instituições públicas. No decorrer da década de 1980, foram realizadas a VII e a VIII Conferências Nacionais de Saúde (CNS), que repercutiram diretamente sobre o Instituto (Teixeira; Fonseca, 2007).

A VIII Conferência Nacional de Saúde consolidou as propostas de criação de um sistema único e descentralizado de saúde, que assegurasse o acesso universal à população brasileira. As propostas aprovadas na VIII CNS consubstanciaram a Reforma Sanitária, cujos princípios fundamentais foram incorporados na Constituição Federal de 1988, que tornou a saúde um direito de todos/as e um dever do Estado. Cabe sublinhar que as ações de saúde pública e o atendimento hospitalar de urgência, na década de 1980, foram realizados em uma minguada face universal em um modelo de tipo hospitalocêntrico, que privilegiou a assistência médica ambulatorial e hospitalar, apoiado em recursos da Previdência Social e assentado na compra de serviços do setor privado, o que fez com que a saúde pública preventiva não obtivesse melhorias nos indicadores sociais, como os de mortalidade, morbidade e esperança de vida (Draibe, 1990).

A Reforma Sanitária da década de 1980 incorporou um projeto societário fundado em uma “democracia de massas, com ampla participação social conjugando as instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organização de base, salientando-se os sindicatos, comissões de fábrica, organizações profissionais e de bairros, movimentos sociais urbanos e rurais” (Bravo e Matos, 2001, p. 198-199). Em outras palavras, a Reforma Sanitária, fruto de lutas e mobilizações sociais, principalmente dos/as profissionais da saúde, propôs uma relação diferenciada do Estado com a sociedade, ao incentivar a presença e participação de novos sujeitos sociais na definição das políticas sociais através de Conselhos e Conferências de Saúde, que são mecanismos inovadores na gestão política da saúde. Mesmo ao não governar essas políticas, os referidos mecanismos estabelecem parâmetros utilizados pela sociedade nas exigências de construção democrática das informações e conseqüentemente da transparência do uso dos recursos e demais ações governamentais. Afinal, a preocupação central da Reforma é assegurar a atuação do Estado em função da sociedade, pautada na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pela elaboração de políticas sociais e de saúde.

A Reforma Sanitária brasileira é disputada por dois projetos societários diferentes e antagônicos: o da sociedade articulada sobre uma democracia restrita e o de uma sociedade fundada na democracia de massas com ampla participação popular. Quanto ao primeiro tipo de projeto societário tem-se uma clara articulação com o mercado ou uma reatualização do modelo médico assistencial privatista, e como principal inovação, a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exerça funções públicas obedecem às leis do mercado. As suas estratégias são a ênfase nas parcerias com a sociedade, que são responsabilizadas pelos custos da crise e a refilantropização ou desprofissionalização com a utilização de agentes comunitários/as e cuidadores/as. Já quanto ao segundo projeto societário, destacam-se a democratização do acesso aos serviços de saúde gratuitos e de qualidade, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações e participação popular através de conselhos e conferências de saúde. Este segundo projeto, na atualidade, configura-se em uma perspectiva contra-hegemônica (Bravo, 2011).

Mesmo após a eleição de um partido de esquerda, o Partido dos Trabalhadores (PT), com o ex-presidente Luís Inácio Lula da Silva, as propostas e reformas defendidas pelo governo petista, nos seus dois mandatos e no atual mandato da presidente Dilma Rousseff, é a continuação da contrarreforma do Estado iniciada na gestão do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, que encolheu política e economicamente o espaço público democrático de direitos sociais e ampliou o espaço privado. O Ministério da Saúde no início do governo de Luís Inácio Lula da Silva (Lula) sinalizou como um dos desafios a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária. No entanto, houve a manutenção da disputa entre os dois projetos acima mencionados: o privatista e o da Reforma Sanitária. Alguns aspectos podem ser ressaltados no que se refere à inovação da política de saúde no primeiro governo de Lula: o retorno da concepção de Reforma Sanitária; a escolha de profissionais comprometidos com a Reforma; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em dezembro de 2003 e a escolha do representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde (Bravo, 2011).

No percurso de continuação da contrarreforma, o governo brasileiro mantém a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social. Exemplo da focalização destaca-se a centralidade do Programa Saúde da Família (PSF), que não foi alterado de forma significativa para que o mesmo pudesse se transformar em estratégia de reorganização da atenção básica, ao invés de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes. A política de saúde sofre os impactos da política macroeconômica, pois as questões centrais não são enfrentadas como a universalização das ações; o financiamento efetivo; a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de Medicamentos. No segundo governo de Lula, o ministro da saúde José Gomes Temporão abordou a criação das Fundações Estatais, em todas as áreas – saúde, educação, ciência e tecnologia, etc. –, mas com maior avanço na área da saúde. As fundações estatais são regidas de acordo com a proposta do direito privado e têm como marco a contrarreforma do Estado; a contratação de pessoal através da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); a falta de ênfase no controle social; e a fragilização dos/as trabalhadores/as por meio da criação de Planos de Cargos, Carreira e Salário por Fundações (Bravo, 2011).

A base material do consenso é a necessidade da classe dominante, mediante Estado, realizar concessões às classes dominadas, o que permite que alguns dos interesses dessas últimas sejam representados no Estado e influam na elaboração de políticas públicas. No entanto, o Estado continua capitalista, por mais que represente interesses plurais, os quais são baseados em critérios de seletividade, para assim manter a esfera econômica privada longe do alcance da esfera política. Essa separação é que caracteriza o formato capitalista do Estado moderno. Nesse sentido, ao se expandir os direitos políticos, da democracia participativa, impulsionada até certo limite, há o inevitável choque com a dominação capitalista, tanto que a expansão dos direitos sociais encontram obstáculos na conservação da lógica da acumulação do capital (Coutinho, 2011).

Então, prevalecem os interesses de determinados segmentos sociais sobre o interesse do conjunto dos segmentos que compõe a sociedade nacional. No caso brasileiro, os direitos sociais representam uma

significativa trajetória de conquistas jurídicas, pois estão presentes nas Cartas Constitucionais desde 1930. Contudo, na prática, as conquistas jurídicas não correspondem com a realidade nacional de desigualdades sociais, o que configura a inexistência ou a não materialização dos direitos sociais (Reis, 2008).

### **3. Instituto Nacional de Câncer e sua íntima relação com o Estado.**

Na década de 1990, o campo da saúde, no Brasil, passou por momentos distintos em relação à Reforma Sanitária. A consolidação e consagração da saúde como um direito de todos e um dever do Estado e as conquistas jurídico-institucionais, como a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde/Leis 8.080/90 e 8.142/90, foram acompanhadas de questionamentos conservadores quanto ao Sistema Único de Saúde e à saúde como direito social e de normatizações da contrarreforma na saúde (Bravo; Matos, 2001). Nas palavras de Teixeira (2007, p. 09), a saúde no Brasil foi “americanizada”, “na direção de um *Welfare State* liberal e residual, [ou seja], houve um “desmonte” da proteção pública de dimensões universalista e garantidora de direitos sociais; [...] em que o Estado divide com o mercado a provisão de bens e serviços, restringindo a proteção pública aos mais pobres, ou provendo um mínimo de benefícios a ser complementado no mercado pelos que têm condições de acesso. Trata-se, sem dúvida de um Estado intervencionista, mas direcionando o fundo público para o capital, ampliando suas margens de ação para serviços antes de caráter estritamente público, cujas demandas estão sendo individualizadas e compradas no mercado”.

Antes de adentrar na análise dos últimos vinte anos de construção da política de combate e controle ao câncer, no Brasil, é necessário entender a configuração da tessitura política, social e econômica brasileira e sua íntima e subalterna relação com a tessitura política, social e econômica mundial de cunho neoliberal. Para tanto, faz-se *mister* tocar na construção e crise do Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State* e, no seu oposto, o Estado de Mal-Estar Social, como diz Soares (2002).

O *Welfare State* é um fenômeno do século XX, que se expandiu e se institucionalizou no período do pós-guerra, caracterizado pela “provisão de serviços sociais”, pela cobertura das “mais variadas formas de risco da vida individual e coletiva”, o que o tornou “um direito assegurado pelo Estado a camadas bastante expressivas da população dos países capitalistas” (Arretche, 1995, p. 03). O *Welfare State* foi a adoção de políticas anticíclicas keynesianas, que apresentava o reaquecimento da economia capitalista através da intervenção direta do Estado mediante políticas sociais e do pleno emprego, em um processo de reencontro da economia com a democracia – reequilíbrio entre as forças econômicas e políticas –, o que permitiu o surgimento de uma nova esfera pública não burguesa e a publicização de classes sociais.

Quanto à definição do *Welfare State*, pautamo-nos em Sônia Draibe (1990, p. 02-03), que o entende “no âmbito do Estado capitalista, [como] uma forma de regulação social que se expressa pela transformação das relações entre o Estado e a economia, entre o Estado e a sociedade, a um dado momento do desenvolvimento econômico. Tais transformações se manifestam na emergência de sistemas nacionais públicos ou estatalmente regulados de educação, saúde, previdência social, integração e substituição da renda, assistência social e habitação que, a par das políticas de salário e emprego, regulam direta ou indiretamente o volume, as taxas e os comportamentos do emprego e do salário da economia, afetando, portanto, o nível de vida da população trabalhadora. Concretamente, trata-se de processos que, uma vez transformada a própria estrutura do Estado, expressam-se na organização e produção de bens e serviços coletivos, na montagem de esquemas e transferências sociais, na interferência pública sobre a estrutura de oportunidades de acesso a bens e serviços públicos e privados e, finalmente, na regulação da produção e de bens e serviços sociais privados”.

Esse conceito de *Welfare State* incorpora a perspectiva da responsabilidade estatal na regulação do mercado, ou seja, a intervenção do Estado na regulação das relações sociais e econômicas. Mas, isso não quer dizer que a construção do *welfare state* brasileiro tenha sido linear. O primeiro período de construção do *welfare state* foi entre 1930-1943, com a criação dos institutos de aposentadorias e pensões, a legislação trabalhista e as alterações nas áreas de política de saúde e educação; o segundo período que corresponde ao regime democrático dos anos de 1945-1964, em que se seguem movimentos de inovação legal-institucional – a saúde inclusa – e a expansão do sistema de proteção social nos moldes e parâmetros do período anterior; e o



terceiro período de consolidação nos anos de 1960-1970, com a transformação do aparato institucional e financeiro das políticas sociais pelo conjunto das medidas legislativas estabelecidas. Contudo, “as políticas sociais, na sua maioria, reproduzem o sistema de desigualdades preexistentes na sociedade. São escassos seus aspectos redistributivos e igualitários, teoricamente presentes tão-somente no âmbito da educação básica (obrigatória e gratuita) e no de saúde (atendimento de urgência)” (Draibe, 1990, p. 10).

Essa regulação ou intervenção estatal do *Welfare State* tinha dois objetivos principais: “manter o equilíbrio entre oferta e demanda e assegurar benefícios de proteção aos trabalhadores em momento de perda da capacidade laborativa e, mais globalmente, aos cidadãos em situações de dificuldades econômicas e sociais” (Behring; Boschetti, 2006, p. 98). No Brasil, mesmo que não tenha existido um *welfare state* no sentido clássico do termo, isto é, “no Brasil, país onde se costuma dizer que nunca existiu um Estado de Bem-Estar, por comparação a um suposto esquema coerente, consistente e generoso de bem-estar primeiro-mundista” (Pereira, 2001, p. 28), com políticas sociais redistributivistas e promotoras do pleno emprego, devido às particularidades contextuais brasileiras, que se inseriu tardiamente e que prevaleceu a elite econômica no cenário do mercado internacional, por meio de uma revolução de cima para baixo, em uma proposta de desenvolvimentismo, concordamos com Draibe (1990) que caracteriza o Estado de bem-estar social brasileiro como meritocrático-particularista-clientelista.

O sistema de proteção social brasileiro suplementou-se por meio de mecanismos de corte assistencialista e em suas relações com os grupos de interesse e com o sistema político, adquiriu, desde a fase de introdução, uma conotação clientelista, meritocrática e particularista. O Brasil, em meados da década de 1980, gastava na área social 18,3% do Produto Interno Bruto (PIB), quase como um país desenvolvido e apresentava, no entanto, resultados insuficientes e desanimadores quanto à melhoria na redistribuição de renda e na universalização dos serviços sociais. Isso é devido à intervenção estatal brasileira ter se fundado na capacidade contributiva do/a trabalhador/a e na distribuição primária de renda. O *welfare state* brasileiro seguiu o caminho conservador e negou substancialmente o bem-estar através do progresso econômico (Draibe, 1990).

Mas, foi apenas na década de 1990, no Brasil, com a crise dos *welfare states*, que houve a entrada retardatária dos ajustes estruturais neoliberais (Soares, 2002), que tem como uma de suas principais estratégias a privatização dos serviços sociais, a diminuição do gasto público e o estímulo à independência para “responder às demandas mais diferenciadas e individualistas da sociedade ‘pós-industrial’” (Esping-Andersen, 1995, p. 106), o que gerou uma transferência das responsabilidades do Estado pelo bem-estar para os indivíduos.

Dessa forma, o Brasil, como a maioria dos países da América Latina – que desde fins dos anos 1970 começou a implantar os ajustes neoliberais – ficou sob a áurea do milagre salvacionista do pensamento único da reforma neoliberal do Estado, que visava simultaneamente combater a ineficiência, ineficácia e incapacidade do Estado e valorizar as potencialidades do mercado, único capaz de promover duplamente crescimento econômico e desenvolvimento social. Para Soares (2002, p. 13), “em síntese, esse novo modelo de acumulação implica que: os direitos sociais perdem identidade e a concepção de cidadania se restringe; aprofunda-se a separação público-privado e a reprodução é inteiramente devolvida para este último âmbito; a legislação trabalhista evolui para uma maior mercantilização (e, portanto, desproteção) da força de trabalho; a legitimação (do Estado) se reduz à ampliação do assistencialismo. A expressão institucional desse modelo – e do caráter das relações sociais – é também um *novo Estado* [grifo da autora], um cenário diferente que expressa – ao mesmo tempo que define – novas condições de luta social”.

No Brasil, com os dois governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a contrarreforma estatal foi triunfante: privatizações, priorização do mercado em detrimento de políticas sociais universais, publicização, que é um processo de transferência dos serviços sociais e científicos do Estado para a sociedade civil, a prática do gerencialismo na administração para combater o burocratismo emperrador do desenvolvimento econômico e social. Um agregado de instâncias provedoras e gestoras do bem-estar foram concebidas em torno de objetivos comuns, composto por quatro setores principais: o setor oficial ou governamental; o setor comercial ou mercado; o setor voluntário ou das organizações sociais não-governamentais e sem fins

lucrativos; e o setor informal ou redes primárias e informais de apoio desinteressado e espontâneo. Apresenta-se, então, a indicação de “uma sociedade que, em vez de emancipada, mostra-se sobrecarregada com tarefas e responsabilidades que, por dever de cidadania, pertencem ao Estado” (Pereira, 2001, p. 32; Behring, 2003).

Tudo isso monitorizado pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial e Organização Mundial de Comércio (OMC), que nas palavras de Ianni (2000), formam a “santíssima trindade do capital em geral”. A orquestra do processo fica sob responsabilidade da mídia impressa e eletrônica mundial, também composta por corporações transnacionais. Ao usar as palavras de Ianni (2000, p. 65), pode-se dizer que “essa linha de pensamento preconiza o “Estado Mínimo”, compreendendo a reforma do estado, a desestatização da economia, a privatização das empresas estatais, a privatização da educação, saúde, previdência; a redefinição das relações de trabalho, o abandono de compromissos do estado de Bem-Estar Social”.

A saúde no Brasil em sua vertente “americanizada” apresenta dois Brasis: o Brasil do sistema público de saúde, destinado aos/às pobres, e o Brasil do sistema privado de saúde, destinado aos/às consumidores/as. Para Vianna (2001, p. 192), “é do interesse dessas empresas que a saúde pública ande mal das pernas e que a previdência sofra um intenso enxugamento, pois aliciam mais clientes justamente quando os serviços não funcionam a contento”. As reformas para o campo da saúde tiveram como propostas: a focalização, a privatização através do estímulo ao seguro privado, a descentralização dos serviços em nível local e as parcerias com a sociedade, com incentivo à refilantropização, “ou seja, a desprofissionalização com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais” (Bravo; Matos, 2001, p. 201). A desinstitucionalização e a desprofissionalização no campo das políticas sociais ocorrem concomitantemente à legitimação da diminuição da participação do Estado no enfrentamento dos problemas sociais (Pereira, 2001).

Com a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1990, foram incorporadas ao Ministério da Saúde, as ações de assistência médica, antes executadas pelo Ministério da Previdência. Esse movimento recolocou o Ministério da Saúde no papel de pedinte e ajudou a implodir o conceito de seguridade social (Bravo; Matos, 2001). Em 1993, foi promulgada a Norma Operacional – NOB/93, que criou as modalidades de municipalização da saúde e estabeleceu os “parâmetros para que os estados e municípios definissem as atividades de saúde que incorporariam como suas atribuições” (Teixeira; Fonseca, 2007, p. 142). Em 1996, teve-se a promulgação da Norma Operacional – NOB/96, que incentivou a intensificação das ações dos estados e municípios na área de saúde pública e o comprometimento com investimentos na área de medicina preventiva. A NOB/96 é a “expressão dos efeitos cumulativos do longo processo de implantação da descentralização na saúde no Brasil, mas também – e principalmente – dos incentivos à adesão envolvidos em suas regras” (Arretche, 2003, p. 341).

O Instituto Nacional de Câncer, durante esse contexto de dissociações ou de crise do Estado de Bem-Estar Social, entrada retardatária do neoliberalismo ou Estado de Mal-Estar Social e de alterações e distorções na Reforma Sanitária e na Lei Orgânica da Saúde/Leis 8.080/90 e 8.142/90, relacionou-se com a incorporação das ações de assistência médica pelo Ministério da Saúde, a redefinição das relações e das atribuições das ações de saúde entre governos federal, estaduais e municipais, e a reconfiguração da relação entre serviços privados de saúde e saúde pública. Com a Lei Orgânica da Saúde/Lei nº 8.080/90, no artigo 41, o INCA foi identificado como órgão de referência no estabelecimento de parâmetros e avaliação da prestação de serviços oncológicos ao Sistema Único de Saúde. Coube ao INCA assessorar, executar e coordenar a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. Além da Lei nº 8.080/90, os decretos presidenciais nº 109, de 02 de maio de 1991; nº 2477, de 28 de janeiro 1998, e nº 3496, de 1º de janeiro 2000 reforçaram o papel do INCA como órgão responsável por assistir o Ministério da Saúde na formulação da Política Nacional e como agente condutor das ações do Ministério na prestação de serviços oncológicos a nível nacional (Kligerman, 2002).

Ainda na década de 1990, foram implementadas ações como a ampliação dos registros de câncer e a expansão da assistência oncológica, através dos Centros de Alta Complexidade, e, em 1998, surgiu o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (Viva Mulher); e em 2000, as primeiras

iniciativas para o controle do câncer de mama. Essas ações culminaram, em 2005, com a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) – Portaria 2.439 –, que estabeleceu as diretrizes para o controle do câncer no Brasil desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos. A PNAO “propõe e orienta a organização da Rede de Atenção Oncológica nos Estados, uma estratégia de articulação institucional voltada para superar a fragmentação das ações e garantir maior efetividade e eficiência no controle do câncer” (Parada; *et al*, 2008, p. 201).

Todavia, as iniciativas do governo federal em construir mecanismos legais, como a Política Nacional de Atenção Oncológica, vinculados à proposta inicial do Sistema Único de Saúde não são acompanhadas de condições concretas para a sua efetivação. Quanto ao câncer, as bases legais através da iniciativa política pública estatal para seu controle e combate foram postas, mas essa política não recebe o devido financiamento para sua realização. Isso quer dizer que “no Brasil, em oncologia a luta é ainda pela garantia das mínimas condições para o diagnóstico precoce de cânceres com potencial de tratamento e cura em estádios iniciais e pela universalização efetiva – universalidade acompanhada de equidade e integralidade – desses tratamentos e incorporação de tecnologias acessíveis ao conjunto da população” (Silva, 2010, p. 180).

Em relação ao financiamento de políticas públicas sociais como a Política Nacional de Atenção Oncológica, temos o retorno ao papel de pedinte do Ministério da Saúde, cujo “gasto público em alta e média complexidade é fortemente dependente da oferta de hospitais privados e filantrópicos, os quais tendem a concentrar-se em municípios com renda mais elevada” (Arretche, 2003, p. 341-342). No caso do Instituto Nacional de Câncer, tem-se uma significativa parcela de seiscentos/as voluntários/as, no INCAVOLUNTÁRIO, o que perpassa substancialmente a discussão da refilantropização ou publicização das ações sociais do Estado, no repasse dos serviços sociais e científicos estatais para a sociedade civil.

Na análise acerca da reforma do Estado atual, pode-se distingui-la em quatro setores: núcleo estratégico – legislativo, judiciário, presidência e cúpula dos ministérios; atividades exclusivas do Estado; serviços sociais e científicos, que apesar de não precisarem ser privatizados, não cabem ser executados pelo Estado e ficam a cargo das Organizações Públicas Não Estatais (OPNES). Os serviços de saúde estão inseridos nesse setor e podem ser transformados em OPNES, sociedades de direito privado, sem fins lucrativos, administradas com subvenções dos cofres públicos, como por exemplo, o Hospital São Marcos, em Teresina-PI, hospital filantrópico de cuidados médico-assistenciais a pessoas com câncer; e setor de produção de bens e serviços, composto por empresas não estratégicas, que podem ser privatizadas (Bravo; Matos, 2001).

O INCAVOLUNTÁRIO ao atuar com voluntários/as que substituem os/as profissionais especializados/as conjuga, dentro do Instituto Nacional de Câncer, agente diretivo da Política Nacional de Atenção Oncológica, “a desresponsabilização do Estado na garantia de direitos sociais, e a participação das ONG’s e do mercado na execução das políticas sociais, que não podem garantir direitos conquistados, pois, atuam de forma pontual e localizada” (Teixeira, 2007, p. 16).

A classe trabalhadora em tempos de neoliberalismo ou de Estado de Mal-Estar Social sofre os efeitos do retrocesso dos direitos sociais através dos limitados financiamentos públicos e da intensificação das desigualdades sociais. Ocorre, dentre as consequências desse processo, o retorno à família e à sociedade civil sem fins lucrativos como agentes do bem-estar social, o esvaziamento do setor público e o desmantelamento dos serviços sociais públicos. “Isto vem implicando a renúncia explícita do Estado em assumir sua responsabilidade na prestação de serviços sociais, sobretudo saúde e educação em bases universais” (Soares, 2002, p. 79-80). Quanto às pessoas portadoras de câncer, esses efeitos são agudizados pela dificuldade de acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento preconizado e pela limitada proteção social desempenhada pelo Estado (Silva, 2010).

#### **4. Considerações finais**

O Brasil, no período em que a maioria dos países da América Latina implantava os ajustes estruturais neoliberais, esteve na contramão com a Constituição Federal de 1988, e no campo da saúde, com a Lei

Orgânica da Saúde/Leis 8.080/90 e 8.142/90. Mas, apesar desses avanços na garantia dos direitos sociais, a década de 1990 configurou o gradativo desmonte da seguridade social, em que a área da saúde teve esfacelada a Reforma Sanitária da década de 1980, em um processo de contrarreforma, que implantou o projeto societário de uma democracia restrita, em que o projeto saúde ficou articulado ao mercado, e concomitantemente, à publicização dos serviços sociais e científicos.

A política nacional de combate e controle ao câncer, inserida neste cenário, e atualmente conhecida como Política Nacional de Atenção Oncológica, instituída em 2005, e dirigida pelo Instituto Nacional de Câncer, órgão pertencente ao Ministério da Saúde, teve um percurso histórico permeado de avanços e retrocessos, que consolidou o câncer como uma problemática política e de política pública. De doença de baixa incidência estatística, na década de 1920, à segunda causa de morte por doença, no Brasil, na primeira década do século XXI, o câncer foi e é uma questão contínua e reiteradamente discutida. Como dito, ao contrário dos países europeus e dos Estados Unidos, a problemática câncer, no Brasil, teve no Estado o seu propulsor. Todavia, não foi uma relação harmoniosa e linear. E, sim, uma relação cheia de percalços, pois não poderia deixar de ser uma relação à brasileira.

## Referências Bibliográficas

Arretche, Marta (1995). Emergência e desenvolvimento do *welfare state*: teorias explicativas, *BIB*, n. 39, Rio de Janeiro, p. 3-40.

Arretche, Marta (2003). Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 08 (02): 331-345.

Behring, Elaine R. (2003). Contra-reforma do Estado, seguridade social e o lugar da filantropia. Políticas públicas e sociedade civil. *Serviço Social & Sociedade*, n. 73, Cortez, mar., p. 101-119.

Behring, Elaine. R. Boschetti, Ivanete (2006). *Política social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez.

Brasil (2005). Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.439 de 08 de dezembro de 2005*. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica.

Brasil (2011). Tribunal de Contas da União. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo. *Relatório de Auditoria – Política Nacional de Atenção Oncológica*, Brasília: TCU.

Bravo, Maria Inês de Souza (2011). *Serviço social e reforma sanitária*. Lutas sociais e práticas profissionais. 4. ed. São Paulo: Cortez.

Bravo, Maria Inês de Souza. Matos, Maurílio de Castro (2001). A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: Bravo, Maria Inês de Souza. Pereira, Potyara Amazoneida Pereira. (orgs.). *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ.

Carvalho, Alexandre Octávio Ribeiro de (2006). *O Instituto Nacional de Câncer e sua memória: uma contribuição ao estudo da invenção da cancerologia no Brasil*. Dissertação. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro.

Coutinho, Carlos Nelson (2011). Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. Teixeira, S. F. (org.). *Reforma sanitária*. Em busca de uma teoria. 4. ed. São Paulo: Cortez.

Draibe, Sônia Miriam (1990). As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. *Para a década de 1990*. Prioridades e perspectivas de políticas públicas. IPEA/IPLAN: Brasília, 1990.

Esping-Andersen, Gösta (1995). O futuro do *welfare state* na nova ordem mundial. *Lua Nova*, n. 35, São Paulo, CEDEC, p. 73-112.

Fuhrmann, Nadia Lúcia (2004). Neoliberalismo, cidadania e saúde: a recente reorganização do Sistema Público de Saúde no Brasil. *Civitas*, Porto Alegre, v. 4, n. 01, jan.-jun, p. 111-131.

- Ianni, Otávio (2000). Tendências do pensamento brasileiro. *Tempo Social – Revista de Sociologia*. USP, São Paulo, v. 12, n. 02, p. 55-74, novembro.
- Ianni, Otávio (2004). Uma longa viagem. *Tempo Social – Revista de Sociologia*. USP, São Paulo, p. 153-166, junho.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2011). INCA. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Inca.
- Kligerman, Jacob (2002). Fundamentos para uma Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48 (1), p. 3-7.
- Minayo, Maria Cecília de Souza (1991). Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 03, p. 233-238.
- Parada, Roberto. *et al* (2008). A Política Nacional de Atenção Oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. *Rev. APS*, v. 11, n. 02, p. 199-206, abr./jun.
- Pereira, Potyara Amazoneida Pereira (2001). Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: Sales, Mione Apolinário. Matos, Maurílio de Castro. Leal, Maria Cristina (orgs.). *Política social, família e juventude*. Uma questão de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez.
- Reis, Carlos Nelson dos (2008). Prefácio. Araújo, J. M. *Voluntariado: na contramão dos direitos sociais*. São Paulo: Cortez.
- Silva, Letícia Batista (2010). Condições de vida e adoecimento por câncer. *Libertas*, Juiz de Fora, v. 10, n. 02, p. 172-187, jul-dez.
- Sontag, Susan (1984). *A doença como metáfora*. Tradução de Márcio Ramalho. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Soares, Laura Tavares (2002). *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. 2. ed. São Paulo: Cortez, Coleção Questões da Nossa Época; v. 78.
- Teixeira, Solange Maria (2007). Reforma da Previdência Social no Brasil: modernização ou desmonte da seguridade social? *Serviço Social e Contemporaneidade: Revista do Departamento de Serviço Social/Universidade Federal do Piauí*. Ano V, n. 05, Teresina, EDUFPI.
- Teixeira, Luiz Antônio. Fonseca, Cristina Oliveira (2007). *De doença desconhecida a problema de saúde pública: O INCA e o controle do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- Teixeira, L. A. Porto, Marco. Habib, Paula Arantes Botelho Briglia (2012). Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, nº 20, v. 03, p. 375-380.
- Vianna, Maria Lucia Teixeira Werneck (2001). O silencioso desmonte da seguridade social no Brasil. In: Bravo, Maria Inês de Souza. Pereira, Potyara Amazoneida Pereira (orgs.). *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ.