



Eixo: Política Social e Serviço Social.
Sub-eixo: Seguridade social no Brasil.

TRABALHO E TRATAMENTO ONCOLÓGICO: CONSIDERAÇÕES SOBRE O ACESSO À PROTEÇÃO SOCIAL

SARA IZABELIZA MOREIRA LIMA¹

Resumo: Este trabalho busca analisar a relação entre as demandas do tratamento oncológico e seu impacto ao exercício da atividade laborativa, causando a necessidade de acesso à proteção social. Este tratamento caracteriza-se pela alta complexidade e produz transformações sociais na dinâmica familiar e na condição de vida dos indivíduos adoecidos. Desta forma o acesso as políticas de Assistência Social e Previdência Social são fundamentais para garantia da continuidade do tratamento destes usuários. Esta discussão torna-se importante em um contexto de retração dos direitos conquistados pela Seguridade Social.

Palavras-chave: Trabalho; Oncologia; Seguridade Social.

Abstract: This study seeks to analyze the relationship between the demands of cancer treatment and its impact on the exercise of the work activity, causing the need for access to social protection. This treatment is characterized by high complexity and produces social transformations in the family dynamics and in the condition of life of the sick individuals. In this way access to Social Assistance and Social Welfare policies are fundamental to guarantee the continuity of the treatment of these users. This discussion becomes important in a context of retraction of the rights earned by Social Security.

Keywords: Work; Oncology; Social Security.

I- INTRODUÇÃO

O presente estudo é resultado parcial do trabalho de pesquisa para conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia em um Hospital de Referência para tratamento de câncer na cidade do Rio de Janeiro. A atuação profissional enquanto Assistente Social residente no referido hospital, proporcionou o acompanhamento dos usuários em tratamento oncológico, no qual foi observado que o entrave ou limitação no acesso a proteção social, geraram dificuldades para continuidade do tratamento

¹ Estudante de Pós-Graduação. Instituto Nacional de Cancer Jose de Alencar Gomes da Silva. E-mail: <sara_izabeliza@yahoo.com.br>

proposto, assim como, impacto na condição de vida dos indivíduos e de sua família.

O câncer é uma terminologia utilizada para classificar um conjunto de mais de cem doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos e podem provocar metástases². O adoecimento por câncer possui origem multicausal, englobando causas internas e externas ao organismo (BRASIL, 2011).

As causas externas estão relacionadas a exposição dos indivíduos à fatores ambientais (agentes químicos, físicos e biológicos) que podem estar associadas a condição de vida de determinada população, ao trabalho, alimentação e ao consumo. Já as causas internas estão relacionadas a fatores genéticos pré-determinados e estão associados à capacidade de cada organismo se defender de agentes externos (BRASIL, 2011).

Estima-se para o Brasil no ano de 2018 a ocorrência de 600 mil novos casos de câncer, incluindo o de pele não melanoma que somam cerca de 170 mil casos (BRASIL, 2017). Atualmente o câncer é a segunda causa de mortalidade no Brasil, atrás apenas das doenças do aparelho cardiovascular e com perspectiva de expansão nos próximos anos, devido a transição demográfica em curso e a alteração no modo de vida da população (BRASIL, 2015)

Esta conjuntura de crescente aumento da incidência e da prevalência do câncer, associado ao aumento da mortalidade, tornaram-no um problema de saúde pública, demandando novas exigências aos serviços de saúde como também políticas públicas voltadas para sua prevenção e controle em todo Brasil.

O tratamento por colocar limites ao exercício da atividade laborativa, estabelece a necessidade do acesso à proteção social ao usuário no momento de incapacidade para o trabalho. No Brasil onde a formação do seu mercado de trabalho é historicamente flexível e precário, no momento do adoecimento por câncer a maioria dos usuários encontram dificuldades no acesso a política

² Essa capacidade que os tumores malignos apresentam, de invasão, de disseminação e de produção de outros tumores em outras partes do corpo, a partir de um já existente, é a principal característica do câncer. (BRASIL, 2011)

de Previdência Social, ou não possuem os critérios necessários para acesso a política de Assistência Social, no momento em que mais necessitam.

II- A RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E PROTEÇÃO SOCIAL

O trabalho é uma categoria central para se entender o fenômeno humano-social, para Marx (1985) o trabalho é base do ser social e processo de satisfação das suas necessidades. Na sociedade capitalista o trabalho se realiza sob o comando do capital, processo chamado de subsunção do trabalho real ao capital. O trabalhador que anteriormente possuía os meios de produção é expropriado deles, e para reproduzir-se é necessário que ele venda a sua força de trabalho para o capitalista; esse processo não é uma escolha do mesmo, é uma necessidade para se manter e sobreviver neste modo de produção.

A expropriação de uma classe por outra é maneira fundamental em que o capitalismo se opera, a divisão social do trabalho alterou completamente as formas de produção existentes anteriormente, a relação de compra e venda da força de trabalho é materializada nessa sociedade a partir de uma relação contratual, que será denominada de emprego.

O emprego não é sinônimo de trabalho, trabalho como explicitado anteriormente é o processo de satisfação das necessidades humanas; o emprego surge como uma demanda do processo de industrialização é a forma monetarizada de mediar o trabalho abstrato³. Essa relação contratual é uma relação desigual, e é essa desigualdade que fundamenta as relações de exploração entre capital e trabalho. O trabalhador é “livre”, porém essa liberdade é limitada. Para reproduzir-se é necessário que o mesmo estabeleça uma relação de trabalho, materializada em um contrato, em que as regras e condições são definidas pelo capitalista que possui os meios de produção e

³ Para Netto e Braz (2011, p.115), há em Marx uma diferença essencial entre trabalho abstrato e trabalho concreto, de forma que: O trabalho que cria valor de uso é o trabalho concreto (trabalho útil) [...] a criação de valores de uso é uma condição necessária à existência de qualquer sociedade, isso significa que toda sociedade exigirá trabalho concreto de seus membros. [...] Mas, ao examinarmos a mercadoria [...], constatamos que ela não é apenas valor de uso: é também valor de troca – e, para ser trocada, precisa ser comprada [...] quando o trabalho concreto é reduzido à condição de trabalho em geral; tem-se o trabalho abstrato.

exerce o domínio e poder enquanto classe hegemônica, tornando essa relação verticalizada.

Esse processo de proteção e regulamentação por parte do Estado se realiza de formas distintas em diversos países, ele está relacionado ao processo de organização e manifestações da classe trabalhadora, que possui peculiaridades em cada território.

Os sistemas de proteção social se originaram na Europa ocidental no período da Revolução Industrial com objetivo de responder ao fenômeno da “questão social” que segundo Netto & Braz (2011) dentro da tradição marxista, essa expressão começou a ser utilizada para identificar o intenso pauperismo a que era submetida grande parte da população, reflexo da industrialização na Europa Ocidental no final do século XVIII.

As primeiras iniciativas de proteção social estatal surgiram na Alemanha com o governo do chanceler Otto Von Bismarck a partir de 1883. Estas iniciativas eram baseadas na lógica do seguro social público obrigatório, destinado a categorias de trabalhadores específicas, as que possuíam maior organização política. Essas medidas tinham como pressuposto a “garantia estatal de prestações de substituição de renda em momentos de perda da capacidade laborativa, decorrente de doença, idade ou incapacidade para o trabalho” (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p.65).

Estas medidas são baseadas no modelo bismarckiano, identificado como um sistema de seguros sociais que se assemelham aos seguros privados. Os benefícios deste modelo são destinados aos trabalhadores contribuintes e suas famílias, nos casos de perda da capacidade para o exercício da atividade laborativa (BEHRING, BOSCHETTI, 2009).

A partir da Segunda Guerra Mundial estes sistemas se ampliaram, sobretudo a partir do Plano Beveridge publicado na Inglaterra em 1942, que propôs uma nova lógica de organização dos sistemas de proteção social, a partir da crítica dos seguros sociais bismarckianos. (BEHRING, BOSCHETTI, 2009). Este modelo de intervenção ficou conhecido como beverdiano, que possui um caráter universal, destinado a todos os cidadãos, garantindo os mínimos sociais em casos de necessidade, alterando o padrão de

desigualdade vigente no período, porém sem alterar as bases da sociedade capitalista (BOSCHETTI, 2012).

Segundo Motta (2007) a partir do II pós guerra sobretudo nos países centrais, o Estado passa intermediar a relação entre capital/trabalho através de ações assistenciais e avanço da legislação social no período conhecido como Welfare State⁴, reconhecendo os riscos advindos dessa correlação e implementando as primeiras ações assistenciais, com objetivo de oferecer cobertura aos trabalhadores nos casos de doença, invalidez, acidentes, desemprego, velhice e morte.

É necessário frisar que em sociedades de classes, as relações que estas estabelecem entre si, “determinam diferentes possibilidades e restrições ao desenvolvimento da vida e consequentemente diferentes formas ou possibilidades de viver, adoecer e morrer” (ALBUQUERQUE, SILVA, 2014, p.960).

É neste período também conhecido como “anos dourados” do capitalismo, marcado pela difusão do fordismo, enquanto modelo de organização industrial e social, e também maior participação do Estado na criação de mecanismos de reprodução da força de trabalho, que é perceptível para a classe trabalhadora melhora na sua condições de vida (MOTA, 2007). As políticas de Seguridade Social vinculam-se diretamente às necessidades do capital, no que tange à desobrigação de parte dos custos de manutenção e reprodução da força de trabalho, principalmente em relação à concessão de salários indiretos⁵ pelo Estado, a estabilização do movimento sindical e também através da eliminação dos obstáculos ao desenvolvimento da grande indústria capitalista.

Contudo, nas últimas décadas do século XX, propriamente no início dos anos de 1970, o capitalismo enfrenta uma crise estrutural, período caracterizado por recessão, após um ciclo conhecido como “Era de ouro”, e a

⁴ O Welfare State se caracteriza como um Estado que, embora apresente grandes variações em relação à abrangência e à forma entre os diversos países centrais, pode ser caracterizado como um modelo “capitalista regulador e provedor de benefícios e serviços sociais” consolidado no século XX. Seus objetivos e políticas estão centrados na noção de cidadania e se inspiraram nos seguintes elementos: “extensão dos direitos sociais, oferta universal de serviços sociais, preocupação com pleno emprego e institucionalização da assistência social” (PEREIRA, 2011, p.176-177)

⁵ O salário direto está relacionado a produção através da venda da força de trabalho, os salários indiretos são materializados pelas políticas sociais (MOTA. 2005).

estratégia utilizada pelo capital para superar esta crise segundo Netto & Braz (2011) é articulada sobre um tripé: a reestruturação produtiva, a financeirização do capital e a ideologia neoliberal.

Em relação a reestruturação produtiva ocorre o processo de heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora (ANTUNES, 2007). É notório o aprofundamento do desemprego, a prevalência de vínculos de empregatícios temporários, o aumento do processo de terceirização, o duplo emprego ou pluriemprego, que são uma afronta direta aos direitos conquistados ao longo dos anos do Welfare State. Esta nova divisão social do trabalho, em conjunto com o avanço da ideologia neoliberal, incidem diretamente sobre as conquistas sociais dos trabalhadores, mobilizando processos institucionais de desregulamentação por parte do Estado da relação entre capital e trabalho (MOTA, 2007).

Em consonância com a financeirização do capital, as políticas sociais que no período do Welfare State respondiam o mandado do consumo em massa fordista através da circulação da moeda, resultado da luta da classe trabalhadora que resultou em melhoria nas condições de vida, neste período se tornam obsoletas Sendo assim, a lógica das finanças se estende para a totalidade da vida social, requerendo políticas sociais mínimas por parte do Estado e redução dos direitos do trabalho, gerando transformação das políticas sociais públicas em serviços privados operados nos mercados bancários-financeiros (GRANEMAN, 2007).

Essa tendências afetam diretamente a Seguridade Social que se constitui de forma diferenciada em cada país, devido às particularidades de sua formação sócio histórica, da consolidação do sistema capitalista e da constituição das classes sociais. O desenvolvimento de sistemas de proteção social se estruturaram sobretudo em relação a organização social do trabalho, no caso do Brasil que apresenta características distintas dos países centrais, o reconhecimento das necessidades da classe trabalhadora por parte do Estado e pela burguesia se realizou de forma diferenciada, tema que será abordado no item posterior.

III- A ESPECIFICIDADE DO MERCADO DE TRABALHO NO BRASIL E A EXPANSÃO ASSIMÉTRICA E DESIGUAL DA PROTEÇÃO SOCIAL.

A institucionalização das relações de trabalho capitalista no Brasil se realizou de forma diferenciada dos países europeus, devido às particularidades de sua formação sócio histórica, da consolidação do sistema capitalista e da constituição das classes sociais, que influenciaram diretamente na forma de gestão da força de trabalho e das características dessa classe que vive do seu trabalho (SANTOS, 2012).

A consolidação do mercado de trabalho no Brasil não se constituiu de forma espontânea e linear, carregou características do sistema arcaico da escravidão, somado pelos interesses das classes dominantes, apresentando diferentes particularidades nas várias regiões do país, e contando durante essa transição, com a presença do Estado e o autoritarismo desses novos empregadores.

As primeiras iniciativas de proteção social aos trabalhadores no Brasil originam-se na década de 1920, quando são criadas inicialmente as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e posteriormente com a transformação destas em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). A legislação social avançava de acordo com as categorias profissionais mais organizadas e que possuíam importância estratégica para a economia nessa época. A carteira de trabalho assinada garantia o acesso a direitos sociais, excluindo assim os trabalhadores rurais, domésticos e autônomos. Os direitos sociais conquistados nessa época reproduziam a desigualdade do embrionário mercado de trabalho, na medida em que se apoiava na estratificação dos trabalhadores

A constituição do mercado de trabalho assalariado no Brasil se deu de forma restrita, não foi uma medida universal para todo o coletivo das classes subalternas, “a cidadania regulada deixa de fora do regime de trabalho até a primeira fase da industrialização pesada, uma parte significativa de trabalhadores que não estão inseridos nas normas para o seu acesso.” (SANTOS, 2012, p.147). Restava para a população que não tinha acesso a “cidadania regulada” medidas de repressão e ajuda que era baseada na caridade e filantropia. Essa população que era caracterizada pelos

trabalhadores rurais, trabalhadores urbanos sem vínculos formais e autônomos.

O período da ditadura cívico militar caracteriza-se pela consolidação da indústria, devido ao caráter de desenvolvimento tardio e as particularidades formação social brasileira, a implementação do modelo fordista no território nacional não acompanhou as características do fordismo clássico, não houve estabilidade no emprego durante a vigência do “fordismo à brasileira”, apesar de pequeno avanço no assalariamento neste período coexistiam flexibilidade e precariedade na estrutura das ocupações (IDEM, 2012).

A intervenção estatal durante o regime da ditadura cívico militar era baseada na repressão e no agigantamento do Poder Executivo acarretando o enfraquecimento da organização política e sindical que era um elemento fundamental do fordismo clássico. No caso brasileiro em um contexto de ausência de democracia e de repressão da organização política, o Poder Executivo burocratizou e centralizou as relações entre capital e trabalho, eliminou a interferência dos sindicatos nas negociações coletivas e reforçou ainda mais a ideia de “cidadania regulada” controlando o reajuste salarial de acordo com as categorias profissionais.

Até a Constituição Federal de 1988 o Brasil adotou o modelo de seguro social que norteava seu embrionário sistema de proteção social, mesmo no período da ditadura cívico-militar em que houve um aumento da abrangência da cobertura a outros segmentos da classe trabalhadora, como trabalhadores autônomos, domésticos e rurais, ainda era presente a estratificação e exclusão de boa parte da população brasileira que estava inserida em relações de trabalho precárias e informais ao atendimento de suas necessidades sociais (SANTOS, 2012)

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, resultado de um processo histórico de luta da classe trabalhadora, há um avanço na forma de organização e ampliação da cobertura da proteção social. Segundo a Constituição Federal de 1988, no título VIII da Ordem Social, capítulo II, artigo 194, a Seguridade Social é compreendida como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a

assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

A normativa constitucional explicita em seu capítulo da Ordem Social a definição e abrangência da cobertura de cada política que constitui a Seguridade Social brasileira;

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 201. (*) Os planos de previdência social, mediante contribuição, atenderão, nos termos da lei, a: I - cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte, incluídos os resultantes de acidentes do trabalho, velhice e reclusão; II - ajuda à manutenção dos dependentes dos segurados de baixa renda; III - proteção à maternidade, especialmente à gestante; IV - proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; V - pensão por morte de segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, obedecido o disposto no § 5º e no art. 202, § 1º Qualquer pessoa poderá participar dos benefícios da previdência social, mediante contribuição (...)

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social (...) (BRASIL, 1988)

A Seguridade Social brasileira apresenta características dos dois modelos citados anteriormente, o bismarckiano e o beveridgiano, o que faz com que esse sistema se situe conforme indica Boschetti (2009) entre o seguro e a assistência. No Brasil o modelo bismarckiano se assemelha a lógica da previdência social, e o modelo beverigiano se aproxima da saúde e da assistência social. Mesmo com o avanço apresentado pela Constituição Federal de 1988, a Seguridade Social está atrelada a organização social do trabalho, numa relação de atração e rejeição (IDEM, 2009).

Nos países do capitalismo central onde foi implementado uma política de quase pleno emprego com o Welfare State, o acesso a Seguridade Social se estabeleceu de forma mais abrangente. No Brasil onde a formação do seu mercado de trabalho é historicamente flexível, composto por uma força de trabalho abundante e barata e por um baixo nível de proteção social (SANTOS, 2012) essas características são presentes mesmo antes da adoção de medidas

neoliberais pelo Estado brasileiro, acarretando um nível maior de vulnerabilidade social comparado com os países de capitalismo avançado.

IV- AS REPERCUSSÕES SOCIAIS DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO E OS LIMITES DA SEGURIDADE SOCIAL

O adoecimento por câncer possui repercussões físicas/clínicas, emocionais/subjetivas e sociais (SILVA, 2010). As modalidades de tratamento oncológico⁶ tendem a ser desgastante e invasivos, e este fato agudiza-se quando este não se realiza em tempo oportuno e quando os usuários não conseguem acessar a proteção social no momento do adoecimento (SILVA, 2010).

A proteção social, de acordo com a tradição marxista, representa na sociedade capitalista, uma forma de proteção gerida pelo Estado burguês e regida por leis e pactos interclassistas abrange um caráter social, político e econômico. De acordo com Pereira, a proteção social;

Possui um papel na produção e distribuição de bens e serviços públicos necessários à satisfação das necessidades humanas, sempre esteve, prioritariamente, a serviço da satisfação das necessidades do capital — em especial quando as forças que deveriam se opor a essa serventia encontram-se debilitadas (2013, p. 637)

Segundo Mota (2005) os sistemas de proteção social em todo mundo ocidental conformam um conjunto de políticas na área da previdência social, saúde e assistência social, que estão vinculados diretamente com as necessidades do processo de assalariamento da classe trabalhadora na fase de acumulação capitalista.

É importante ressaltar que mesmo com as conquistas normatizadas na Constituição Federal de 1988, na década de 90, o projeto neoliberal adentrou no país estabelecendo opções políticas e econômicas conservadoras, impondo a necessidade de ajustes e planos de estabilização para enfrentar a “crise” e

⁶ O tratamento do câncer pode ser feito através de cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea. Em muitos casos, é necessário combinar mais de uma modalidade (INCA, 2017).

impedindo de concretizar de forma plena os avanços estabelecidos na Carta Magna (BEHRING, 2008).

Neste contexto no Brasil e na América Latina, os organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial (BIRD), definiram as estratégias para reformas na proteção social mediante empréstimos financeiros, assessorias, consultorias, avaliação e monitoramento dos programas e políticas sociais implementadas (PASTORINI, 2010).

As principais estratégias para as políticas sociais na década de 90, estão baseadas no trinômio articulado da focalização, privatização e descentralização, conforme indica BEHRING (2009) trata-se de desuniversalizar e assistencializar as ações, combinando com cortes dos gastos sociais justificado pela busca do equilíbrio financeiro do setor público e promovendo uma política social residual que atende as necessidades quando estas não são solucionadas pela via do mercado, da comunidade e da família.

É necessário destacar que o sentido de condição de vida do trabalhador brasileiro possui peculiares que demonstram um histórico de exploração e retração de direitos sociais (SILVA, 2010), o que reflete diretamente na condição de seu adoecimento. Portanto, “a doença ocorre de modo diferente nas diferentes sociedades, nas diferentes classes e estratos de classes sociais, apesar das semelhanças biológicas entre os corpos dos seres humanos que as compõem” (ALBURQUE, SILVA, 2014, p. 962).

A conjuntura atual e a forma como a Seguridade Social está organizada no Brasil incidem diretamente no acesso e manutenção do tratamento oncológico. O tratamento por colocar limites ao exercício da atividade laborativa - devido a necessidade de comparecimento inúmeras vezes ao hospital para consultas e exames, internações longas e reinternações, ao tratamento espoliante e seus efeitos colaterais⁷ - coloca como necessidade ao usuário o acesso a proteção social no momento de incapacidade para o trabalho.

⁷ Segundo a Associação Brasileira de Leucemias e Linfomas (ABRALE) alguns dos efeitos colaterais do tratamento oncológico são: enjoos, diarreia, alteração no paladar, queda de cabelo, ressecamento da pele e etc.

Este fato agudiza-se quando o sujeito encontra entraves para acesso a limitada proteção social, segundo SILVA;

Entenda-se por limitada proteção social questões como: a situação posta ao sujeito adoecido por câncer sem vínculo previdenciário que depende da sua condição física para a venda de sua força de trabalho a fim de promover sua subsistência (e comumente também de sua família); a situação do usuário com vínculo que enfrenta inúmeras dificuldades e constrangimentos por parte do empregador para comparecer às consultas e exames no curso de um tratamento prolongado; dentre outras questões. (2010, p.182)

No caso dos trabalhadores informais, que não são abrangidos pela Previdência Social, seja pela ausência de vínculo ou pela perda da qualidade de segurado, se ausentar do trabalho representa perda ou redução do rendimento familiar. Além disso o acesso a política de Assistência Social, que é direcionada a quem dela necessitar, no contexto atual é restrita as camadas mais empobrecidas da população por meio de ações e benefícios que possuem critérios seletivos e rigorosos e que provém apenas os mínimos sociais (SILVA et al, 2014)

Portanto há uma relação contraditória entre as políticas de Previdência e Assistência Social, o que Mota afirma que a combinação;

entre previdência – decorrente do exercício do trabalho – e assistência aos pobres inaptos para o trabalho pode parecer coerente e garantir proteção social universal nos países em que predomina ou predominou o Welfare, mas numa sociedade do trabalho precarizado ela deixa completamente a descoberto os pobres economicamente ativos, ou seja, os que têm trabalho, mas com renda insuficiente para garantir suas condições de vida (2007, p.131).

Sendo assim, a proteção social contemporânea sofre um processo contínuo de “laborização e monetização, que exige o desmonte da cidadania social e redonda numa regulação antissocial e perversa, que mais pune do que protege (ou assiste) o trabalhador, em benefício do capital” (PEREIRA, 2013. p.650).

Além disso, esta conjuntura que proporcionou o aumento do desemprego e a precarização das condições e relações de trabalho ampliaram o contingente, de trabalhadores sem nenhum tipo de proteção em decorrência

dos riscos decorrentes da velhice, doença, desemprego e acidentes de trabalho (PASTORINI, 2005).

Esta situação repercute diretamente nos trabalhadores adoecidos por câncer, que na ausência da proteção por parte das políticas que formam o tripé da Seguridade Social, ou quando não possuem recursos para acessá-las pela vida do mercado no processo de chamado de “mercantilização da proteção social” (GRANEMANN, 2007), estes se tornam ainda mais vulneráveis, requerendo apoio do terceiro setor ou de seus familiares.

A tendência historicamente da sociedade brasileira de resolver questões públicas na esfera privada, vem tornando a família, neste contexto de avanço do neoliberalismo e retração das políticas sociais, talvez, “quase a única possibilidade real para os indivíduos proverem as suas necessidades, principalmente diante da inoperância ou mesmo ausência de mecanismos de proteção social” (ALENCAR, 2010, p. 63). Na ausência de direitos sociais, os sujeitos tendem a buscar na família os recursos e apoio para lidar com as situações adversas, dessa forma;

As mais diversas situações de precariedade social, desemprego, doença, velhice, encaradas como dramas da esfera privada, tenderam a ser solucionadas na família, como responsabilidade dos seus membros. Na maioria das vezes, a responsabilidade recai sobre as mulheres, tornando-as responsáveis pelo cuidado dos filhos menores, dos idosos, doentes e deficientes, sobrecarregando-a ainda mais, considerando-se que grande parte das famílias são chefiadas por mulheres. (IDEM, 2010, p. 63-64)

Entretanto esta família que se torna a base de subsistência desses indivíduos desprotegidos pela proteção social, também é atingida por essas mudanças em decorrência da crise econômica, aumento do desemprego, precarização das condições e relações de trabalho e retração dos direitos sociais. Esta realidade nos coloca a refletir se a família nesta conjuntura tem condições efetivas de responder as necessidades dos indivíduos e funcionar como um anteparo social neste cenário adverso (IDEM, 2010).

Outro pilar de resposta às expressões da “questão social” e que teve crescimento exponencial, com o avanço do ideário neoliberal é o Terceiro Setor. O termo “terceiro setor” remete uma setorialização e autonomização

entre os outros setores, que representa: o primeiro setor o Estado, responsável pela gestão dos bens públicos, o segundo setor o Mercado, ocupado pelas empresas privadas, e o Terceiro Setor que representa a sociedade civil, que seria supostamente o autor responsável para responder as demandas que o Estado e o Mercado não respondem ou não procuram responder (SILVA, 2011).

As ações do Terceiro Setor se orientam pelo valor do voluntariado, da solidariedade e da auto responsabilização dos indivíduos frente as expressões da “questão social”. Essas ações alteram um padrão de resposta das expressões da “questão social” para um padrão neoliberal ou funcional ao projeto neoliberal, de afastamento do Estado e auto responsabilização dos indivíduos. Sendo assim, as ações do terceiro setor, não somam as ações do Estado, mas possuem uma intencionalidade, substituir ou torná-las focalizadas e precarizadas.

No âmbito da oncologia diversas são as organizações, instituições e fundações que procuram atender as demandas dos usuários em relação ao tratamento oncológico, através de fornecimento de auxílio financeiro e material. É importante destacar que estas ações voluntárias não constituem direito e cidadania, portanto, entram em conflito diretamente com a conquista histórica da classe trabalhadora, da regulamentação do direito para responder suas necessidades pelo Estado.

V- CONCLUSÃO

Neste sentido, no contexto do avanço do neoliberalismo no Brasil o desmonte das políticas que formam a Seguridade Social, assim como precarização das relações e condições de trabalho, são ratificadas e aprofundadas, explicitando uma conjuntura desfavorável aos direitos conquistados historicamente pela classe trabalhadora como também o agravamento da condição de vida desta classe.

Mesmo com os avanços implementados a partir da Constituição Federal de 1988, quando uma nova lógica de proteção social foi estabelecida, mais abrangente e menos dependente do trabalho assalariado formal, esta todavia

não foi plenamente implementada. O histórico profissional de muitos indivíduos e reflexo da especificidade do mercado de trabalho no Brasil, permeado por vínculos empregatícios instáveis, precários e rotativos correspondem diretamente a forma como estes acessam ou não à Proteção Social.

Diante do processo de implantação da contrarreforma trabalhista, a partir do desmonte da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e com a Lei da Terceirização em Vigor (Lei 13.429/2017) que viabilizam a desestruturação do trabalho formal e o aumento da precarização através da regulamentação do trabalho intermitente, há perspectiva que muitos trabalhadores não consigam acessar à proteção social, sobretudo à Previdência Social, devido à instabilidade e rotatividade destes vínculos.

Além disso os critérios de elegibilidade e sucateamento da política de Assistência Social, impedirá que muitos trabalhadores também não consigam acessá-la, tornando-os desprotegidos, requerendo apoio da família que também é atingida por essas mudanças ou requerendo ações pontuais do Terceiro Setor.

Portanto, no que se refere ao tratamento oncológico ele também é atravessado por essas mudanças, que impactam diretamente os trabalhadores adoecidos e suas famílias, refletindo diretamente no acesso, adesão e continuidade do tratamento. Dessa forma, buscou-se aqui apresentar elementos intrínsecos ao adoecimento por câncer que possui repercussões sociais e demonstrar como a conjuntura atual incide diretamente na condição de vida e no adoecimento destes usuários, cabe ressaltar que as reflexões apresentadas não se esgotam com esse trabalho, as inquietações ainda são muitas e são propostas para estudos futuros.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, Out-Dez 2014

ALENCAR, M.M.T.D. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito da família. In: SALES, Mione Apolinario; MATOS, Maurílio Castro de; LEAL, Maria Cristina (org). Política Social, família e juventude: uma questão de direitos. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

ANTUNES, Ricardo. Dimensões da Precarização estrutural do trabalho. In: A PERDA da razão social do trabalho: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo, 2007.

BEHRING, E.R. **Brasil em Contra reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2008.

_____, E.R. Política Social no contexto da crise capitalista. In: CFESS, ABEPSS. **Serviço Social:** direitos sociais e competências profissionais. CEAD/UnB. Brasília. 2009

BEHRING, E.R; BOSCHETTI, I. **Política Social fundamentos e história.** 6.ed. São Paulo: Cortez, 2009. (biblioteca básica do serviço social; v.2).

BOSCHETTI, I. A Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: CFESS; ABEPSS. **Serviço Social:** direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CEAD/UnB, 2009.

_____, I. A Insidiosa corrosão dos sistemas de proteção social europeus. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 112, p. 754-803, out./dez. 2012.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 2018. Disponível em:
<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>
Acesso em: 31 maio 2018.

_____. **Estimativa 2018:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), 2017.

_____. **ABC do câncer: Abordagens Básicas para o Controle do Câncer.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), 2011.

_____. **Saúde Brasil 2014 – Uma análise da situação de saúde e das causas externas.** Ministério da Saúde, Brasília, 2015.

GRANEMANN, S. Políticas Sociais e Financeirização dos Direitos do Trabalho. **Em Pauta**, Rio de Janeiro: UERJ, n. 20, 2007.

MARX, Karl. **O capital: Crítica da Economia Política**, Livro Primeiro Tomo 2. Trad. Regis Barbosa & Flávio R. Kothe, São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MOTA, A. E. Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências Recentes. In: _____. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2007. Disponível em:
http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-2.pdf
Acesso em: 31 maio 2018.

_____, A. E. Serviço Social e Seguridade Social: uma agenda recorrente e desafiante. **Em Pauta**, Rio de Janeiro: UERJ, n. 20, p.126- 139, 2007.

_____, 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. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NETTO, J.P; BRAZ, M. **Economia Política**: uma introdução crítica. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2011. (biblioteca básica do serviço social; v.1).

PASTORINI, A.C. Elementos orientadores das reformas da proteção social na América Latina. **Argumentum**, Vitória, v.2, n.2.p.133-149, jan/jun.2010.

_____, A.C. Enfrentamento da pobreza e assistencialização da proteção social no Brasil. In: JORNADA INTERNACIONAL EM POLÍTICAS SOCIAIS, 2., 2005, São Luis. **Anais...** São Luís, 2005.

PEREIRA, P. Proteção social contemporânea: cui prodest? **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 116, p. 636-651, out./dez. 2013.

_____**P. Política Social: temas & questões**. São Paulo: Cortez, 2011.

SANTOS, Josiane Soares. **“Questão Social” particularidades no Brasil**. 1.ed. São Paulo: Cortez, 2012. (biblioteca básica de serviço social v.6).

SILVA; Kleylenda Linhares da. Desafios contemporâneos acerca do terceiro setor e serviço social: entre o novo trato da questão social e a negação da solidariedade de classe. In: CIRCUITO DE DEBATES ACADÊMICOS, 1., 2011. Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: IPEA, 2011.

SILVA, L. B. Condições de vida e adoecimento por câncer. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v.10, n.2, p. 172 - 187, jul-dez / 2010.

_____, L. B. et al. Proteção social versus adoecimento por carcinoma epidermóide: contribuições do Serviço Social. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, SP, v.13, n.1 (17) p.61-76 jan/jun 2014.

.