XXVI CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI SÃO LUÍS – MA

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS II

REGINALDO DE SOUZA VIEIRA

MARCIO ALEANDRO CORREIA TEIXEIRA

Copyright © 2017 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos.
Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN
Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP
Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC
Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:
Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH
Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR
Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini Sanches – UNINOVE
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)
Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:
Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF
Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDi
Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC
Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG
Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA
Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

D597

Direitos sociais e políticas públicas II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Reginaldo de Souza Vieira, Marcio Aleandro Correia Teixeira – Florianópolis: CONPEDI, 2017.

Inclui bibliografia
ISBN:978-85-5505-569-0
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Direito, Democracia e Instituições do Sistema de Justiça

1.Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Cooperativismo. 3. Cotas.4. Vulnerabilidade. XXVI Congresso Nacional do CONPEDI (27. : 2017 : Maranhão, Brasil).

CDU: 34

Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito
Florianópolis – Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

Universidade Federal do Maranhão - UFMA
São Luís – Maranhão - Brasil
www.portais.ufma.br/PortalUfma/index.jsf

XXVI CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI SÃO LUÍS – MA

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS II

Apresentação

A Constituição não é um simples ideário e suas normas estão embrenhadas de vinculatividade, todos a ela devem obedecer, por se constituir na expressão máxima da vontade política do povo. Em contraponto aos mandamentos constitucionais de aplicabilidade imediata, paira a discussão acerca dos direitos sociais, cujas

normas que os preveem teriam eficácia limitada e, portanto, aplicabilidade mediata. Os direitos sociais previstos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 alcançam eficácia através da efetividade das políticas públicas, cuja complexidade transcende uma simples prestação de serviços públicos. No âmbito deste Grupo de Trabalho, discutiu-se sob as mais diversas perspectivas a eficácia dos direitos sociais através de políticas públicas, articulando os conceitos ligado à campo jurídico formal e seus fundamentos nas teorias dos direitos sociais, que envolvem uma complexa programação e intervenções qualificadas dos entes públicos para uma prestação adequada e satisfação de tais direitos. Nesse sentido, os debates realizados no Grupo de Trabalho Direitos Sociais e Políticas Públicas II e os textos que se seguem percorrem de forma contundente as questões e seus fundamentos.

Os textos apresentados no Grupo de Trabalho foram organizados em cinco eixos temáticos; a) Direito à segurança pública; b) Gênero, transporte coletivo de passageiros e refugiados; c) Direito à educação e crianças e adolescentes; d) Direito à Saúde, segurança social e combate às desigualdades sociais; e) Regularização fundiária, proteção ambiental, sindicalismo e combate às desigualdades étnicas.

No primeiro eixo, dois artigos trataram da temática do direito à segurança pública e das políticas públicas relacionadas a garantia deste direito. O primeiro, de Marcio Aleandro Correia Teixeira, teve por pressuposto a análise da concepção de conflito social institucionalizado, como mecanismo para compreender um sistema de policiamento integrado, que permita enfrentar as novas realidades e exigências sociais, a partir de pesquisa realizada junto a polícia do Maranhão. Já o segundo trabalho tratou da possibilidade de judicialização do direito social e fundamental à segurança pública no contexto do Estado Democrático de Direito, tendo como autoras Stefan Hanatzki Siglinski e Janiquele Wilmsen.

O segundo eixo desta obra, com quatro artigos, teve como fio condutor dos textos, a temática de gênero, em especial, no que concerne ao reconhecimento e garantia de direitos para as

mulheres. No primeiro artigo, de autoria de Selma Pereira de Santana e Fernando Oliveira Piedade, com base nas políticas públicas adotadas no Governo Lula para garantir a igualdade de gênero, buscou analisar no âmbito local, a transversalidade destas políticas, em especial, no combate às desigualdades sociais e a pobreza. O segundo trabalho, que tem como autores João Carlos Medeiros Rodrigues Júnior e Reginaldo de Souza Vieira, procurou identificar quais os municípios brasileiros que adotaram, no contexto da política pública de transporte público coletivo de passageiros a medida de segregação das mulheres em vagões exclusivos no metrô, como forma de as proteger das diversas modalidades de violência que estão submetidas neste meio de transporte. Na sequência, o terceiro trabalho, de Juliana Vital Rosendo e Liziane Paixao Silva Oliveira, tendo por referência que 25% do número dos refugiados que o Brasil recebeu nos últimos anos são mulheres, vem problematizar a necessidade de políticas públicas que considerem a condição de gênero no processo de acolhimento, de proteção, de assistência e

na reintegração social destas refugiadas em nosso país. Por fim, o quarto artigo, de autoria de Robson Heleno da Silva, na mesma esteira do artigo anterior, pautou a temática das refugiadas, analisando a proteção jurídica prevista em nosso ordenamento, bem como as políticas públicas existentes para esse grupo social vulnerável.

O terceiro eixo foi estruturado com três artigos que possuem como questão norteadora o direito à educação. O primeiro texto, trata do acesso à educação das crianças e adolescentes em situação de risco. Na abordagem realizada, as autoras Mariana Wanderley Cabral e Juliana Silva Dunder, analisam a educação inclusiva, tendo por referência um dos objetivos do milênio, incluso da Agenda 2030 da ONU, no município de João Pessoa/PB. Já o segundo texto, de autoria de Daiane Garcia Masson e Carliana Luiza Rigoni, problematiza o novo ensino médio, tendo por pressuposto o direito fundamental à educação e o direito fundamental ao trabalho. O último trabalho deste eixo, de autoria de Ana Elizabeth Neirão Reymão e Karla Azevedo Cebolão, tendo como referencial teórico Amartya Sen, desenvolve sobre a importância das políticas públicas de educação como elemento fundamental para o desenvolvimento humano.

O quarto eixo desta obra, intitulado: direito à Saúde, segurança social e combate às desigualdades sociais, foi organizado com quatro artigos. O primeiro artigo, de Rachel Rocha Mesquita da Costa, a partir dos estudos de Amartya Sen, analisa o Programa Bolsa Família e a necessidade do empoderamento dos(as) beneficiários(as), no processo de gestão do referido programa social. O segundo artigo, de Sílvia Ferreira Paterlini Nerilo e Rogerio Mollica, pauta a temática da tributação, a sua cobrança e a distribuição desigual dos recursos arrecadados, bem como o reflexo desta realidade nas políticas públicas que buscam

concretizar a justiça social. Em continuidade, o terceiro trabalho de Eduardo Machado Mildner e Lucca Silveira Finocchiaro, apresentou a segurança social como um direito humano e fundamental. Já o quarto e último artigo deste eixo, tratou do direito à saúde, em especial a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica. No texto, as autoras Amanda Silva Madureira e Denise de Fátima Gomes de Figueiredo Soares Farias, tendo por pressuposto os conceitos de políticas públicas, procuraram identificar as principais dificuldades ao acesso do paciente oncológico ao tratamento no país.

Por fim, o quinto e último eixo desta obra, com quatro artigos, apresenta as discussões acerca da regularização fundiária, da proteção ambiental, do sindicalismo e do combate às desigualdade étnicas. O primeiro artigo, de autoria de Miguel Etinger De Araujo Junior e Renata Calheiros Zarelli, busca compreender a Lei Federal nº. 13.465/2017, que trata sobre o processo de regularização fundiária urbana e rural. O segundo trabalho, de autoria de Carla Maria Peixoto Pereira e Astolfo Sacramento Cunha Júnior, analisa o direito à moradia, no âmbito do Projeto de Macrodrenagem da Bacia do Una, implementado em Belém (PA). Na sequência, o terceiro artigo de Whenry Hawlysson Araújo Silveira, problematiza a questão da representação sindical, com ênfase para a atuação dos denominados sindicatos pelegos, que prejudicam a proteção do direito dos trabalhadores. Já o quarto artigo, de Domingos do Nascimento Nonato e Daniella Maria dos Santos Dias, analisa o julgamento da ADC nº 41 pelo STF, que veio reconhecer a constitucionalidade da Lei 12.990/2014, a qual reserva 20% das vagas oferecidas em concursos públicos para provimento de cargos efetivos e empregos públicos na esfera da administração pública federal direta e indireta, no âmbito dos Três Poderes.

Por fim, esperamos que a presente obra e os textos que a estruturam possa contribuir no processo de garantia e concretização dos direitos social previstos na CRFB/1988.

Prof. Dr. Marcio Aleandro Correia Teixeira (UFMA/MA)

Prof. Dr. Reginaldo de Souza Vieira (UNESC-SC)

Nota Técnica: Os artigos que não constam nestes Anais foram selecionados para publicação na Plataforma Index Law Journals, conforme previsto no artigo 7.3 do edital do evento. Equipe Editorial Index Law Journal - publicacao@conpedi.org.br.

ENTRE DIREITO E ACESSO: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL ONCOLÓGICA NO BRASIL

BETWEEN RIGHT AND ACCESS: AN ANALYSIS OF THE NATIONAL CANCER POLICY IN BRAZIL

Amanda Silva Madureira [1]
Denise de Fátima Gomes de Figueiredo Soares Farias [2]

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo analisar a efetivação do direito à saúde no que tange à implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica. Parte-se dos conceitos de políticas públicas e formação da agenda com a finalidade de identificar os principais entraves que dificultam o acesso do paciente oncológico ao tratamento no país. O método de pesquisa escolhido foi descritivo e exploratório tendo como procedimento a pesquisa bibliográfica e documental.

Palavras-chave: Direito à saúde, Política oncológica, Políticas públicas

Abstract/Resumen/Résumé

The present study aims to analyze the effectiveness of the right to health regarding the implementation of the National Cancer Care Policy. It starts from the concepts of public policies and the formation of the agenda in order to identify the main obstacles that make it difficult for the oncological patient to have access to treatment in the country. The chosen research method was descriptive and exploratory, having as a procedure bibliographical and documentary research.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Right to health, Oncology policy, Public policy

[1] Doutoranda em Políticas Pública pela UFMA; Mestre em Direito pela UFSC. Professora da Universidade CEUMA; Universidade Estadual do Maranhão - UEMA e Faculdade IMEC

[2] Mestranda em Direito pela Universidade Autonoma de Lisboa - Portugal; Professora da Faculdade Santa Terezinha - CEST; Advogada.

Introdução

A saúde pública ocupa um lugar privilegiado na crítica governamental. É fato notório e recorrente as notícias sobre ausência de leitos, medicamentos e tratamentos em todo o país. Nesse meio, surgem debates sobre parcerias público-privadas, privatização de alguns serviços e estratégias que reduzem, de forma progressiva, o que seria um Sistema Único de Saúde.

Perscrutar quais caminhos a saúde pública encontrou na história para ser alçada à categoria de direito, ao *status* que deve ser implementado por todos os Estados só faz sentido se apreendermos que o direito à saúde, sob o manto legal, deve servir como setas ao alvo para o coletivo. Assim, o discurso normativo é o prelúdio do que serviria para a promoção do direito à saúde.

Dessa forma, a compreensão acerca da extensão que a configuração do direito à saúde assume, em nível internacional, é o fio condutor do presente trabalho. Isto porque, o direito à saúde permite o reconhecimento de direitos intrínsecos à dignidade humana e que, por isso, devem nortear as políticas públicas dos Estados.

Não foi fácil chegar à tal empreitada. Chancelar direitos que devem nortear práticas em nível internacional deve abranger o particular e o coletivo. É pensar no indivíduo, reconhecido pelo valor que possui em sua dignidade e o dever de solidariedade de cada Estado. Os deveres normativos são os dardos no jogo para a promoção do direito à saúde em nível global.

Assim, esses deveres normativos foram consubstanciados nas primeiras declarações de direitos do século dezoito, os quais serviram para cristalizar, em âmbito internacional, direitos contra os atentados políticos que dilaceravam o reconhecimento intrínseco às condições de vida do homem. Daí advém a necessidade de descrever, enunciar e alcançar os termos lingüísticos precisos que definam os limites e possibilidades do reconhecimento normativo.

Coube à Constituição Federal dispor sobre o que viria a ser saúde no Brasil. Para o constituinte, ao afirmar que saúde é um direito de todos e dever do Estado, devendo este ser 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 chamou para si a responsabilidade na garantia do direito à saúde. Embora o texto constitucional se mostre um pouco distante da efetividade de saúde no Brasil, o seu conceito legitima ações pontuais e políticas ao considerar saúde como parte integrante da dignidade da pessoa humana.

O artigo 6º do texto Constitucional também reafirmou como direitos sociais a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à

maternidade e à infância e a assistência aos desamparados. Por essa razão, consideram-se as ações e serviços de saúde como de relevância pública, conferindo ao Estado a primazia em sua regulamentação e oferta.

Ora, as explicitações normativas podem revelar diversas lacunas operacionais, exigindo do Poder Público a adoção de políticas públicas pontuais que promovam o direito à saúde, reduzam os agravos e, com equidade, proporcionem o acesso aos serviços de saúde à população. O campo de estudo a que se refere tal operacionalidade é conhecido como políticas públicas e mostra-se eficaz na medida em que o Poder Público busca solucionar os problemas da sociedade.

Analisa-se, neste trabalho, especificamente o caso do câncer. Todavia, estudar o câncer relacionando-o ao campo da política pública não é tarefa simples. Tem-se desde o problema de drogas órfãs para determinados tipos de câncer raros, ausência de equipamentos básicos para o seu diagnóstico como mamógrafos e aparelhos de ultrassonografia até uma rede integrada de atenção ao paciente oncológico, compreendendo os serviços de quimioterapia e radioterapia. Devido à multissetorialidade de estudo, talvez a Política oncológica esteja ausente nos debates entre direito e políticas públicas. É como se a realidade jurídica perscrutasse apenas os problemas sobre acesso a medicamentos, interpretação jurisprudencial da reserva do possível e, quando muito, a reflexão sobre as contas públicas.

Nesse sentido, o problema que orientou o presente trabalho foi: em que medida a Política Nacional de Atenção Oncológica tem permitido o acesso ao tratamento do brasileiro nas redes do Sistema Único de Saúde do país? O que os dados poderiam revelar diante de uma inaplicabilidade do direito à saúde? Partiu-se dos conceitos operacionais do campo da política pública e formulação da agenda até chegar a alguns dados disponíveis do Ministério da Saúde, Tribunal de Contas da União e Portal de Dados abertos que permitissem constatar a dura realidade: entre a prevenção e o tratamento, muitos cidadãos nunca terão o cuidado adequado. O método de pesquisa escolhido foi descritivo e exploratório tendo como procedimento a pesquisa bibliográfica e documental.

1. O campo das políticas públicas

Na dinâmica do convívio em sociedade, os seus membros pactuam acordos, elegem representantes, criam instituições e chancelam direitos plasmados em documentos normativos

que trazem ao público direitos e deveres para todos. Entretanto, o convívio nem sempre se traduz em linearidade no campo discursivo e prático. A perspectiva dialógica confronta interesses, tensões e problemas existentes em qualquer sociedade.

Para Dye, (DYE, 2011) os governos podem agir das mais diversas maneiras. E os governos podem, igualmente, escolher fazer algo ou deixar de fazê-lo. Apesar de muitas divergências conceituais (LIMA, 2012), os estudos sobre políticas públicas podem elucidar a identificar o conjunto de decisões em torno de um problema público, apresentando as suas causas e consequências de determinadas ações (DYE, 2011).

O modo de resolver os problemas irá depender da capacidade político-administrativa do Estado de conciliar interesses e divergências entre os seus membros. Assim, vislumbra-se a política pública como uma "*diretriz para enfrentar um problema público*" (SECCHI, 2013, p. 2).

Embora não exista uma definição perfeita da política pública, é possível chegar a um conjunto de elementos norteadores, tais como a centralidade do governo, o papel das instituições, a presença de grupos sociais, interesses e as interações necessárias que envolvem a natureza da política pública e seus processos (SOUZA, 2006). Fruto do pós-Guerra Fria, a política pública progressivamente vai proporcionar a viabilidade de análise técnica das decisões de governo por parte de pesquisadores e formulações científicas (SOUZA, 2006).

Constata-se que a construção científica e metodológica no campo da política pública pode auxiliar na compreensão das contradições que envolvem os problemas e suas soluções na sociedade.

No processo de elaboração de políticas públicas, aqui podendo ser compreendido como ciclo de políticas públicas, é possível identificar as seguintes fases de acordo com Silva (SILVA, 2013, p.31) a saber: a) identificação do problema; b) estabelecimento da agenda; c) formulação da política; d) legitimação da política; e) implementação da política e f) avaliação da política. É certo que o ciclo alusivo à construção de políticas públicas não se mostra como linha reta tanto para os seus formuladores quanto para os membros da sociedade. As fases misturam-se às vicissitudes políticas e demandas da sociedade expostas às crises financeiras, contingenciamento de orçamentos, desastres naturais, rupturas de ordem constitucional, entre outros.

Porém, nesse ambiente dinâmico e contraditório, os problemas que atingem os membros de uma sociedade precisam integrar a agenda pública e, por consequência, ter o reconhecimento da sociedade vislumbrando as possibilidades de ação por parte do governo sujeito aos grupos

de pressão, aos partidos políticos, mídia, opinião pública para que revista-se de um objeto de ação política.

Como fazer isso? De que maneira os problemas são levados à mesa de negociação e, ao fim de todo o processo em torno das possíveis soluções, a sociedade pode perceber que suas necessidades são satisfeitas ou ao menos, minoradas? Ou ainda: por que alguns problemas aparecem na agenda governamental como objetos de ação e outros não?

Esses questionamentos tem acompanhado o processo de compreensão das políticas públicas não como um conjunto harmônico mas circunscrito a lógicas diferenciadas de poder que podem transpor determinado objeto de ação política a práticas residuais e, portanto, sem mudança na realidade.

A montagem da agenda é, talvez, o mais crítico dos estágios do ciclo de uma política pública na medida em que relaciona os problemas da sociedade e os modos pelos quais os mesmos são enfrentados pelo governo (HOWLETT, 2013). Não há garantia de que o problema será eventualmente abordado mas tão somente de que o governo o levará em consideração entre tantos outros problemas existentes na sociedade.

De acordo com Howlett (HOWLETT, 2013), os primeiros estudos no campo das Ciências Políticas muitas vezes presumiam que os problemas tinham uma existência objetiva e estavam, em certo sentido, esperando ser reconhecidos pelo governo, o qual faria na medida em que seu entendimento e capacidade aumentassem.

Progressivamente, a partir de uma abordagem pospositivista, verificou-se que os problemas não se apresentam de maneira mecânica, mas sim no curso de um processo dialógico em que as ideias tem significado dentro de um conjunto de oportunidades (HOWLETT, 2013).

Para entender o processo de construção da agenda, optou-se pelas formulações teóricas de Kingdon (KINGDON,2011) uma vez que o referido autor elaborou sua análise de construção da agenda nas áreas de saúde e transporte, o que permite uma aplicação simétrica em relação às doenças negligenciadas.

Kingdon (VIANA, 1996) diferencia três tipos de agenda, podendo ser sistêmica ou não-governamental, governamental e de decisão. A primeira faz referência aos assuntos que são preocupação do país mas que não tiveram uma atenção devida por parte do governo. Na agenda governamental, por conseguinte, os problemas já fazem parte da atenção do governo e a agenda de decisão apresenta a lista dos problemas a serem decididos.

As pessoas reconhecem os problemas no seu entorno e podem, através de grupos de pressão, atividades políticas, pressionar por decisões. Para entender melhor como os problemas surgem, Kingdon (KINGDON,2011, p. 196) aduz que a chave para ter as respostas está nos

participantes, pois através dos processos eles poderão modificar a agenda ou ainda propor alternativas. Nas palavras do referido autor "*cada participante no processo de elaboração da agenda poderá aprimorar ou ainda restringir um assunto que será levado à agenda e ainda pressionar por outras alternativas que não haviam sido levadas em consideração*" (KINGDON, 2011, p. 197, tradução livre).

Quanto aos participantes, pode-se fazer referência a dois tipos, os governamentais e os atores não-governamentais. O primeiro grupo é formado pelo alto escalão da administração, tais como presidente, *staff* do Executivo e os políticos nomeados para cargos públicos; pelo funcionalismo de carreira e parlamentares do Congresso (VIANA, 1996).

Em relação aos atores não-governamentais tem-se a existência de grupos de pressão, grupos de interesse, pesquisadores, mídia, partidos políticos e opinião pública (VIANA, 1996). Esses dois tipos ainda podem comportar uma subdivisão em atores visíveis e atores invisíveis. Aos primeiros caberia a influência na formação da agenda e quanto aos subsequentes, as formulações de alternativas (VIANA, 1996).

Existe, de acordo com o autor, uma diferença entre problemas e questões, ao que ele denomina *conditions.* Uma questão resulta no problema quando os formuladores de políticas acreditam que devem fazer algo a respeito, a depender da forma como apreendem e interpretam as questões. As questões que violam valores considerados de suma importância em uma sociedade podem resultar na formulação de problemas. Na proposta de Kingdon, são fatores importantes os indicadores, eventos fortuitos, crises e a avaliação das ações governamentais (*feedback*). Os indicadores são usados como medidas de aferição da magnitude de alguma questão, como por exemplo, custos de eventuais programas e, dessa forma, quanto maior dimensão tiver uma questão, tem-se grandes chances de atrair a atenção do governo (KINGDON, 2011, p.197).

Além dos indicadores, os problemas são perceptíveis a partir de eventos como crises, desastres que chamam a atenção para determinado assunto. O *feedback*, isto é, a avaliação das ações governamentais através da implementação, o cumprimento de metas, consequências não antecipadas são possibilidades que trazem os problemas para o centro da atenção dos formuladores de políticas (CAPELLA, 2007).

O reconhecimento de um problema reveste-se de grande importância na formação da agenda uma vez que, a partir de sua definição, outras abordagens são levadas em consideração bem como as alternativas podem ser vislumbradas sob óticas diferenciadas. Nessa perspectiva, os atores detêm uma poderosa ferramenta no sentido de impulsionar os problemas para a agenda pública.

Para Kingdon, a mudança da agenda é o resultado da convergência de três fluxos (*streams*), a saber: problemas, soluções e política (CAPELLA, 2007).

Após a digressão sobre os problemas, é possível antever o fluxo das soluções. A metáfora à seleção natural de ordem biológica proposta por Kingdon demonstra que o fluxo de soluções está sujeito à combinações e recombinações de novas ideias. Os critérios para atacar a raiz de um problema devem ser observados (KINGDON, 2011). Segundo o autor, *"estes critérios incluem a viabilidade técnica, congruência com os valores dos membros da comunidade, e a antecipação de constrangimentos futuros, incluindo restrição orçamentária, aceitação pública e receptividade política"* (KINGDON, 2011, p.200).

O terceiro fluxo, composto pela dimensão política, apresenta sua própria dinâmica e regras. Aqui, devem ser construídas pontes em um processo de negociação política e coalizões. Podem existir momentos propícios para algumas ideias virem ao campo político ou ainda serem descartadas, e ainda a existência de forças políticas organizadas, exercidas pelos grupos de pressão. Mudanças na estrutura governamental potencializam a inclusão de novos itens na agenda (CAPELLA, 2007).

Pode-se inferir que diante do modelo de fluxos proposto por Kingdon, a formação da agenda não se apresenta sob a forma estática de ação política; ao contrário, abrem-se novas perspectivas desde a inclusão de novos atores, percepção dos momentos políticos e o desenrolar das alternativas em âmbito governamental.

O tratamento do paciente oncológico entrou na agenda saúde pública por meio das entidades filantrópicas no país. Àquela época, entre meados de 1950, o câncer não se apresentava como um motivo determinante na estruturação de uma Política específica. Dessa forma, o câncer conviveu no mesmo arranjo de saúde pública já existente em relação a outras doenças crônico-degenerativas ou de grande amplitude social, como a lepra e a tuberculose, pois não havia tanta incidência epidemiológica (TEIXEIRA, 2012).

2. A Política Nacional de Atenção Oncológica

O câncer é uma doença que poderá alcançar mais de 600 mil casos a cada ano no Brasil e figuram como a segunda causa principal de morte no país, ficando apenas atrás das doenças cardiovasculares (IPEA, 2016). De acordo com o relatório elaborado por aproximadamente cinquenta entidades que compõem o movimento Todos Contra o Câncer, cerca de 60% dos pacientes com câncer são diagnosticados já em estágio avançado no Brasil e, para alguns tipos, como o câncer de pulmão, esse percentual é

ainda mais elevado – 87,9% dos casos são descobertos tardiamente (TODOS CONTRA O CÂNCER, 2015).

Os tipos de câncer mais comuns, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, foram o câncer de pulmão (1,52 milhões de casos novos), mama (1,29 milhões) e cólon e reto (1,15 milhões). Em função do mau prognóstico, o câncer de pulmão foi a principal causa de morte (1, 31 milhões), seguido pelo câncer de estômago (780 mil óbitos) e pelo câncer de fígado (699 mil óbitos) (OMS, 2008).

A Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) teve como eixo de articulação o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos estados e municípios por meio da Portaria GM/MS 2.439/2005. A portaria que define a PNAO constitui-se a partir dos componentes fundamentais, a saber: promoção e vigilância em saúde; atenção básica, média complexidade; alta complexidade; Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia; Plano de Controle do tabagismo e outros fatores de risco, do câncer do colo do útero e da mama; regulamentação suplementar e complementar; regulação, fiscalização, controle e avaliação; sistema de informação; diretrizes nacionais para a atenção oncológica; avaliação tecnológica; educação permanente e capacitação; pesquisa sobre o câncer (CONASS, 2005).

Ademais, pode-se dizer que a Política foi concebida visando às seguintes ações, como o desenvolvimento de condicionantes de neoplasias malignas mais prevalentes e orientadas para a redução de danos e proteção à vida, de forma a assegurar a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades; organização de uma linha de cuidados que compreendesse todos os níveis de atenção; a constituição de Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, com estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência, de forma a garantir o acesso e atendimento integrais; definição de critérios técnicos adequados para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos; ampliação da cobertura do atendimento aos doentes de câncer, de modo a assegurar a universalidade, equidade, integralidade, controle social e o acesso à assistência oncológica (TCU, 2011).

Além da Portaria GM/MS 2.439/2005, tem-se a Lei 8.080/90, a Lei Orgânica do SUS que relaciona entre os princípios do SUS, o princípio da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e princípio da integralidade da assistência, a Portaria SAS/MS 741, de 19/12/2005 que teve como objetivo estruturar os parâmetros de distribuição demográfica, produção e avaliação das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e a Portaria SAS 62, de 11/03/2009

que determinou à Coordenação-Geral da Alta Complexidade, em conjunto com o Inca e com a Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação, o monitoramento e avaliação contínua e anual dos estabelecimentos habilitados para prestar serviços de oncologia (TCU, 2011).

Outrossim, a Política prevê o fomento, a coordenação e a execução de projetos de incorporação tecnológica, por meio de estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade da atenção oncológica no Brasil; o aprimoramento da gestão; a qualificação do intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais; qualificação da assistência e a promoção da educação permanente dos profissionais de saúde e o incentivo à pesquisa sobre atenção oncológica (TCU, 2011).

A portaria da Secretaria de Atenção e Saúde do Ministério da Saúde define que a rede de atenção oncológica será composta por Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONS), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia.

Entende-se por Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) o hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil. Entende-se por Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) o hospital que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer (CONASS, 2005).

O Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia um CACON deve exerceo p papel auxiliar, de caráter técnico, ao Gestor do SUS nas políticas de Atenção Oncológica e que possua os seguintes atributos: I. Ser Hospital de Ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº. 1.000, de 15 de abril de 2004; II. Ter uma base territorial de atuação, conforme os seguintes parâmetros: 01 Centro de Referência para até 12.000 casos novos anuais; 02 Centros de Referência para >12.000 - 24.000 casos novos anuais; 03 Centros de Referência para >24.000 - 48.000 casos novos anuais; 04 Centros de Referência para > 48.000 - 96.000 casos novos anuais; 05 Centros de Referência para > 96.000 casos novos anuais. As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em

Oncologia podem prestar atendimento nos serviços como cirurgia oncológica; oncologia clínica; serviço de radioterapia; serviço de cirurgia oncológica; serviço de oncologia clínica; serviço de hematologia; serviço de oncologia pediátrica (CONASS, 2005).

A estrutura física e funcional mínima e de recursos para serviços hospitalares gerais e específicos em Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia deve compreender ambulatório; pronto-atendimento; serviços de diagnóstico; enfermarias; centro cirúrgico; unidade de terapia intensiva; hemoterapia; farmácia hospitalar; apoio multidisciplinar; transplantes; cuidados paliativos; serviço de cirurgia oncológica; serviço de oncologia clínica; radioterapia; hematologia e oncologia pediátrica (CONASS, 2005).

A Política de Atenção Oncológica também previu unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) deve ser calculado por no mínimo cada 1.000 casos novos anuais, excetuando-se o câncer de pele. Quando o número anual for inferior a 1000, deverá ser avaliada a possibilidade de acesso regional. Estima-se, ainda, que para 1.000 casos novos de câncer espera-se que 500 a 600 casos necessitem de cirurgia oncológica; 700 casos necessitem de quimioterapia; 600 casos necessitem de radioterapia. No caso de hospitais que ofereçam menos de 400 atendimentos ao ano, o gestor do Sistema Único de Saúde deverá ser habilitado como CACON e obedecer aos parâmetros anteriormente elencados (CONASS, 2005).

Percebe-se que a Política de Atenção Oncológica preocupou-se em garantir padrões equitativos regionais de acesso ao prever tanto metas para a realização de cirurgias oncológicas quanto de tratamento de radioterapia e quimioterapia. Entretanto, a realidade brasileira sequer consegue, em muitas cidades do país, ofertar o diagnóstico célere, condição indispensável para o sucesso do tratamento do paciente oncológico. Imagina-se, no caso em tela, uma grande estrutura de concreto, porque construída mas sem dispor de equipamentos básicos. Explica-se. A insuficiência de investimentos no Sistema Único de Saúde resultou na incapacidade de provimento de tecnologias simples até às mais complexas. Os últimos dados da pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referentes a 2009 apontavam que apenas uma pequena parcela dos equipamentos existentes no país estava à época disponibilizada para os atendimentos pelo SUS, responsável por atender a mais de 70% da população (IPEA, 2016).

De 2009 para cá, a situação restou inalterada. A localização espacialmente concentrada de equipamentos básicos como mamógrafos, aparelhos de ressonância magnética, tomógrafos e ultrassonógrafos explica, em parte, o fato de que estejam indisponíveis para o SUS cerca de 67,2% do total dos equipamentos de diagnóstico através de imagem existentes no país em janeiro de 2015. Acresce-se ao fato de que a crescente concentração de equipamentos em algumas regiões consideradas de maior desenvolvimento resulta em uma intensa desigualdade inter-regional (IPEA, 2016).

De acordo com os dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2016), enquanto as regiões Norte e Nordeste dispõem de 172 e 839 mamógrafos, respectivamente, as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste estão à frente, com 1.927, 597 e 296 mamógrafos. Quanto ao aparelho de ressonância magnética, existem, nas regiões Norte e Nordeste, 95 e 277 aparelhos, enquanto que nas demais regiões, o número salta para 946, 340 e 157, respectivamente. Nesse sentido, não é preciso muito esforço ao perceber que o desenho da Política Nacional de Atenção Oncológica prevê metas inalcançáveis no Brasil.

Em 2011, o Tribunal de Contas da União realizou uma auditoria no Ministério da Saúde, especificamente na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e no Instituto Nacional de Câncer (Inca), com o objetivo de avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica em relação à oferta dos serviços de diagnóstico e tratamento oncológico à população brasileira (TCU, 2011). Basicamente, o Relatório consolidado da Auditoria do Tribunal de Contas da União é o instrumento disponível que detalha e traça as perspectivas para o tratamento de doenças neoplásicas no Brasil. Duas questões nortearam o presente documento, a saber: a estrutura da rede de atenção oncológica tem possibilitado aos doentes de câncer acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento? As condutas terapêuticas disponibilizadas aos pacientes do SUS estão suficientemente atualizadas, segundo a percepção dos especialistas que atuam na área de oncologia? (TCU, 2011).

Em relação à rede de atenção oncológica, é possível afirmar que a mesma não se mostra suficiente para atender a toda a demanda dos pacientes por diagnóstico e tratamento de câncer. De acordo com a capacidade instalada e da produção da rede de oncologia desenvolvido pela Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica do Inca até o ano de 2011, estima-se a necessidade de 375 Unidades de Assistência Oncológica (UNACON) e Centros de Referência de Alta Complexidade (CACON) (TCU, 2011).

O levantamento do Inca evidencia déficit na capacidade instalada de cirurgia, de 44 unidades de atendimento de quimioterapia; de 39 unidades de quimioterapia e de 135 unidades de atendimentos de radioterapia. Uma das maiores carências é justamente a insuficiência de equipamentos para radioterapia, localizadas nos estados de Amazonas, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia e Tocantins, cujo déficit é igual ou superior a 50% das necessidades, além de Amapá e Roraima, onde não há serviços de radioterapia (TCU, 2011).

Um ponto que merece destaque nesse contexto é a aprovação da Lei 12.732 de 2012 que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. De acordo com a referida lei, o paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. Para efeito do prazo estipulado, qual seja, de 60 dias, tem-se o início do tratamento da neoplasia maligna com a realização de terapia cirúrgica, ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, de acordo com a necessidade terapêutica do caso.

Ora, não é preciso ter conhecimento técnico de logística operacional para chegar à conclusão de que o prazo dado de 60 dias é inexequível diante da escassez de equipamentos e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. Questiona-se a motivação da aprovação da referida lei pois, ao que parece, o atendimento ao cidadão portador de neoplasia maligna está prejudicado em virtude da deficiência da gestão na política oncológica.

Ao comparar o Brasil e o Reino Unido, estamos aquém do ideal. No Reino Unido, por exemplo, considerando o conjunto de tratamentos oncológicos, mais de 99% dos pacientes tiveram, dentro de um mês, acesso ao tratamento a contar do diagnóstico. O Canadá não fica atrás. Ao menos 75% dos tratamentos radioterápicos são iniciados em até 28 dias da data em que o paciente está pronto para ser tratado. De acordo com a base de dados disponível do Ministério da Saúde, por meio das Apacs (Autorização para Procedimento de Alta Complexidade), o tempo médio de espera entre a data do diagnóstico e o início dos tratamentos foi 76,3 dias. Os mesmos dados demonstraram que apenas 35, 6% dos pacientes com Apac registrada conseguiram iniciar seus tratamentos nos primeiros 30 dias a partir do diagnóstico (TCU 2011).

É importante registrar, ainda, que a avaliação da implementação da Política Oncológica confirmou as carências dos serviços de radioterapia apontadas nos controles realizados pelo Instituto Nacional do Câncer. A estimativa da demanda por atendimento foi realizada tomando por base os parâmetros definidos na Portaria SAS/MS 741/2005, que prevê cerca de 600 tratamentos de radioterapia por cada mil casos de câncer, aplicada sobre as estimativas para novos casos de câncer realizadas pelo Inca para o ano de 2010 (INCA, 2009).

É possível inferir que os tempos de espera dos doentes de câncer no Brasil estão bem distantes dos padrões internacionais. Para iniciar a radioterapia, o paciente chega a esperar cinco vezes mais do que um paciente no Reino Unido (TCU, 2011).

Constatou-se, tristemente, que a produção observada cobriu apenas 65,9% das necessidades estimadas, sendo que as maiores defasagens de cobertura foram observados no Amazonas, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Sergipe, Distrito Federal, além do Amapá e Roraima, que não possuem serviço de radioterapia (TCU, 2011).

Para amenizar a ausência de equipamentos destinados ao paciente oncológico, a sociedade civil começou a pressionar o Ministério da Saúde para a urgente cobertura das doenças neoplásicas. Nesse sentido, o governo criou o Programa Mais Saúde: direito de todos 2008 – 2011 tendo como um dos principais eixos a cobertura oncológica.

Inicialmente, foram estabelecidas as seguintes metas como a aquisição de 24 equipamentos de megavoltagem de radioterapia, ao custo de R$2 milhões de reais; implantação de 20 novos Cacons, ao custo de R$ 6 milhões por Cacon; ampliação do acesso aos serviços de oncologia por meio de habilitação e custeio de 40 Cacons, ao custo unitário anual de R$ 5 milhões. Devido ao período de recessão econômica, as metas foram revistas. De 24 equipamentos de radioterapia inicialmente previstos, a meta foi reformulada para apenas oito equipamentos. A meta de instalação dos Cacons foi reduzida de 20 para 10 (TCU, 2011).

Diante do exposto, pode-se inferir que a estruturação da rede de atenção oncológica encontra obstáculos que vão desde as limitações orçamentárias até a questões operacionais. Ao considerar a diversidade e caracterização das regiões do país, é possível vislumbrar que a gestão, a depender de cada estado, pode reduzir o prazo para início de tratamento.

Conclusão

Conclui-se, neste trabalho que, apesar das implicações normativas do que seria o direito à saúde, a efetividade por meio das políticas públicas apresenta limitações de ordem orçamentária, da gestão e operacionalidade;

O custo do tratamento oncológico no Brasil apresentou gastos que ultrapassaram a cifra de R$ 1,9 bilhões de reais em 2010. Acredita-se que a tendência é só aumentar uma vez que a distribuição dos equipamentos bem como da operacionalização da rede não correspondem à demanda.

A área em que vislumbra-se a execução de ações de Estado, sua avaliação diz respeito ao campo das políticas públicas. Neste artigo, os principais conceitos relacionados à temática de forma a compreender o status do tratamento oncológico no Brasil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília, 2016.

BRASIL. Lei 12.732 de 2012. **Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos do Pacto pela Saúde 2010/2011**. Brasília, 2011b. Disponível em:http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/pact2010/cadernosmap.htm. Acesso em: agosto. 2017.

CAPELLA, Ana Cláudia N. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de formulação de políticas Públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007, p. 87 – 143.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Relatório da Política Nacional de Atenção Oncológica**. Nota técnica 26. Brasília, 2005.

DYE, Thomas. **Undestanding public policy**. 13ª ed. Boston: Pearson, 2011, cap. 1 Policy analysis: what governments do, why they do it, and what diffence it makes. p. 1 – 10.

HOWLLETT, Michael; RAMESH, M; PERL, Anthony. **Política Pública**: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora. Tradução de: Studying public policy, 3 rd ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, cap. 4. Montagem da agenda. p. 103 – 122.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Relatório de Gestão 2009. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa200911201.pdf. Acesso em: ago.2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Boletim de Políticas Sociais**. Brasília, 2016.

KINGDON, John W. **Agendas, alternatives and public polices**. Boston: Longman, 2011, cap.9: Wrapping things up. p.196 – 208.

LIMA, Waner Gonçalves. **Política Pública**: discussão de conceitos. Interface, 2012, p. 49 – 54.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Wolrd Cancer Report 2008**. IARC. Lyon, 2008.

SECCHI, Leonardo**. Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos.2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013, p. 1 – 22.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **Avaliação de políticas e programas sociais**: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. In: SILVA, Maria Ozanira da Silva e Pesquisa Avaliativa: aspectos teóricos-metodológicos. 2ª ed. São Paulo: Veras, 2014, p. 19 – 108.

SOUZA, Lincoln Moraes. **A agenda e as agendas no Brasil**. Cronos, Natal – RN, v.7, n. 1, jan/jun. 2006, p. 79 – 101.

VIANA, Ana Luiza. **Abordagens metodológicas em Políticas Pública**s. Revista de Administração Pública.. Rio de Janeiro – RJ, v.30, n. 2, mar/abr. 1996, p. 5 – 43.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; PORTO, Marco; BOTELHO, Paula. **Políticas Públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro – RJ, v.20, n. 3, p. 375 – 380.

TODOS CONTRA O CÂNCER. **Relatório sobre a incidência de câncer no país**. Disponível em: <htpp://goo.gl/XoWJz.> Acesso em: agosto. 2017.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório de Auditoria operacional da Política Nacional de Atenção Oncológica**. Brasília, 2011.