

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS – CCSO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS – PPGPP
MESTRADO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

LYVIA GEOVANNI MELO SANTOS

**ENTRE O VIVER E O MORRER: as concepções sobre os determinantes
sociais da saúde na política nacional do câncer e de cuidados paliativos**

SÃO LUÍS/MA
2026

LYVIA GEOVANNI MELO SANTOS

**ENTRE O VIVER E O MORRER: as concepções sobre os determinantes
sociais da saúde na política nacional do câncer e de cuidados paliativos**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção
do grau de Mestre em Políticas Públicas pelo Programa
de Pós-graduação em Políticas Públicas – PPGPP da
Universidade Federal do Maranhão – UFMA.
Orientadora: Prof^a Dra. Cristiana Costa Lima.

SÃO LUÍS/MA
2026

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Melo Santos, Lyvia Geovanni. ENTRE O VIVER E O
MORRER: : as concepções sobre os determinantes
sociais da saúde na política nacional do câncer e de
cuidados paliativos / Lyvia Geovanni Melo Santos. -
2026.

182 f.

Orientador(a): Cristiana Costa Lima.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Políticas Públicas/ccso, Universidade Federal do Maranhão,
Sao Luis, 2026.

1. Determinação Social da Saúde. 2. Determinantes
Sociais da Saúde. 3. Estado. I. Costa Lima, Cristiana.
II. Título.

LYVIA GEOVANNI MELO SANTOS

**ENTRE O VIVER E O MORRER: as concepções sobre os determinantes
sociais da saúde na política nacional do câncer e de cuidados paliativos**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção
do grau de Mestre em Políticas Públicas pelo Programa
de Pós-graduação em Políticas Públicas – PPGPP da
Universidade Federal do Maranhão – UFMA.

Aprovada em: 08 de Junho de 2026.

,

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Cristiana Costa Lima (UFMA)

Prof^a. Dra. Maria Eunice Ferreira Damasceno Pereira (UFMA)

Prof.^a Dra. Marlene Corrêa Torreão (UFMA)

SÃO LUÍS/MA

2026

À minha mãe, Francisca de Assis Melo Santos *in memoriam*, cuja herança permanece viva em minha trajetória pessoal e profissional. É dela a força que sustenta minhas escolhas, a inspiração que me acompanha e a persistência que me permitiu chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – PPGPP da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, pela oportunidade de formação acadêmica e científica, pelo ambiente de aprendizado crítico e pelo compromisso com a produção de conhecimento.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, que por meio da concessão de bolsa de pesquisa foi fundamental para a permanência e dedicação na pesquisa.

À Turma de Mestrado de 2024, pela união e pelo apoio, não apenas durante as aulas, mas também nas trocas de conhecimentos e de anseios ao longo desta trajetória.

À minha professora e orientadora Profa. Dra. Cristiana Costa Lima, pela doçura em passar aprendizagem, pela calma que transparece e se materializou até aqui. Obrigada.

À minha eterna tutora da Residência Multiprofissional Profa. Dra. Marlene Corrêa Torreão, a qual tenho muito respeito, admiração e amor pela influência que tem em minha vida. Obrigada.

À equipe de Serviço Social e de Cuidados Paliativos do Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho, pela confiança no meu trabalho e crença em dias melhores.

Agradeço, com profundo respeito e sensibilidade, aos pacientes oncológicos do Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho, que por meio de suas vivências, germinaram minhas inquietações que se transformaram neste trabalho.

Às minhas residentes de Serviço Social da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Maranhão, Jackeline Odila e Karyna Diniz, assim como a minha parceira de trabalho Gabryella Nunes pela demonstração de confiança, suporte e compreensão nesse processo.

Às amigas de vida, que são verdadeiras dádivas na minha existência, exemplos de companheirismo, respeito e amparo: Bruna Barbosa, Carmella Gomes, Hyrlanna Santos, Idinéa Bezerra, Ívila Rudakoff, Laíse, Marcela Morgana, Raquel, Sue-Ellen Moraes, Tatiane Lopes, Thaiane Brasileiro.

À minha família, em especial ao meu pai Josélio de Jesus Santos, aos meus irmãos Helano Melo e Francisco Lucas, às minhas primas Gleice Melo e Glauce Melo, a minha avó Maria Eunice Melo, a minha tia Cícera Melo, pela compreensão nos momentos de ausência e pelo afeto que sustentou minha caminhada ao longo deste percurso.

Agradeço ao meu namorado, Anderson Alves, pelo companheirismo e pelo olhar generoso que sempre acreditou em meu potencial, inclusive nos momentos em que eu mesma duvidei, sustentando-me com apoio e incentivo ao longo deste percurso.

Por fim, agradeço a quem de alguma forma, ajudou a não desistir.

Eu sei que não morrer, nem sempre, é viver.
- Conceição Evaristo.

RESUMO

A dissertação analisa a incorporação dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) nas Políticas Nacionais de Atenção Oncológica e de Cuidados Paliativos no Brasil, a partir do referencial teórico do materialismo histórico e dialético. Partindo da perspectiva da determinação social da saúde, o estudo compreende o processo saúde-doença como fenômeno histórico e contraditório, inscrito nas relações de produção e reprodução social do capitalismo, e não como evento natural ou resultado de escolhas individuais. A pesquisa é de natureza qualitativa, desenvolvida por meio de pesquisa bibliográfica nas áreas de Serviço Social, Saúde Coletiva e Epidemiologia Latino-Americana, e de análise documental de marcos normativos e dados de fontes oficiais. Tem-se em primeiro ponto, a distinção entre determinação social da saúde e determinantes sociais da saúde. Enquanto a primeira compreende a saúde como expressão das relações sociais de produção e das contradições estruturais do capitalismo, os DSS tendem a privilegiar fatores como renda, escolaridade e território, fragmentando a análise da realidade social. O Estado, nas mediações das condições de vida e saúde da população, reconhece normativamente o direito à saúde, ao mesmo tempo em que implementa medidas de focalização e privatização que aprofundam as desigualdades sociais em saúde. Nesse contexto, a contrarreforma do Estado materializou-se na privatização da gestão de políticas públicas, sob a introdução da lógica de mercado no interior do sistema público de saúde. Esse modelo contraria os preceitos da Reforma Sanitária, como a universalização do acesso, a concepção ampliada de saúde, o financiamento efetivo do Estado, reorientando o SUS para os interesses do mercado. Os modelos explicativos de DSS, deslocam a análise das estruturas para fatores e variáveis, sem apreender as determinações históricas que produzem as desigualdades em saúde. Nessa direção, problematiza-se também o uso das categorias de iniquidades e vulnerabilidades, que privilegiam a identificação de grupos mais expostos a agravos e barreiras de acesso, sem alcançar as determinações históricas e estruturais que produzem tais condições. No que tange ao adoecimento por câncer, as disparidades aparecem no acesso ao diagnóstico precoce, ao tratamento e ao cuidados de fim de vida, que são influenciados por classe, raça e território. A incorporação dos DSS nas Políticas Nacionais de Atenção Oncológica e de Cuidados Paliativos, situadas no contexto de contrarreformas do Estado, demonstram a distribuição desigual expressa nas relações estruturais que atravessam a sociedade brasileira. No Maranhão, as desigualdades sociais em saúde expressam as particularidades do capitalismo dependente brasileiro, articulando pobreza, racismo estrutural, precariedade das condições de vida e concentração regional dos serviços de saúde. Aponta-se que existe apenas cinco serviços especializados em Oncologia e dois de cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde do Maranhão, em sua maioria localizados na capital São Luís/MA. Conclui-se que as desigualdades no processo saúde-doença e nas condições de fim de vida não são expressões residuais das políticas de saúde, mas resultados estruturais de um modelo de sociabilidade que, sob a hegemonia neoliberal, subordina os direitos sociais à acumulação do capital.

Palavras-chave: Determinação Social da Saúde; Determinantes Sociais da Saúde; Estado; Atenção Oncológica; Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

The dissertation analyzes the incorporation of the Social Determinants of Health (SDH) into the National Cancer Care Policy and the National Palliative Care Policy in Brazil, based on the theoretical framework of historical and dialectical materialism. Drawing on the perspective of the social determination of health, the study understands the health-disease process as a historical and contradictory phenomenon embedded in the relations of production and social reproduction under capitalism, rather than as a natural event or the result of individual choices. The research adopts a qualitative approach, developed through a bibliographic review in the fields of Social Work, Collective Health, and Latin American Epidemiology, as well as documentary analysis of normative frameworks and official data sources. The study first distinguishes between the ****social determination of health**** and the ****social determinants of health****. While the former understands health as an expression of the social relations of production and the structural contradictions of capitalism, the latter tends to privilege factors such as income, education, and territory, thereby fragmenting the analysis of social reality. In mediating the population's living and health conditions, the State normatively recognizes the right to health while simultaneously implementing targeting and privatization measures that deepen social health inequalities. In this context, the State counter-reform has materialized through the privatization of public policy management, introducing market-oriented logic into the public health system. This model contradicts the principles of the Brazilian Health Reform, such as universal access, the comprehensive concept of health, and effective public financing, reorienting the Unified Health System (SUS) toward market interests. SDH explanatory models shift the focus of analysis from social structures to isolated factors and variables, without capturing the historical determinations that produce health inequalities. Accordingly, the dissertation also problematizes the use of the categories of inequities and vulnerabilities, which emphasize identifying groups at greater risk of illness and barriers to access while failing to address the historical and structural determinations that produce these conditions. Regarding cancer, disparities are evident in access to early diagnosis, treatment, and end-of-life care, all of which are influenced by class, race, and territory. The incorporation of the SDH into the National Cancer Care Policy and the National Palliative Care Policy, both situated within the context of State counter-reforms, reveals the unequal distribution of health conditions expressed through the structural relations that permeate Brazilian society. In the state of Maranhão, social health inequalities reflect the particularities of Brazil's dependent capitalism by combining poverty, structural racism, precarious living conditions, and the regional concentration of health services. The study highlights that Maranhão has only five specialized oncology services and two palliative care services within the Unified Health System (SUS), most of which are located in the state capital, São Luís. The dissertation concludes that inequalities in the health-disease process and end-of-life conditions are not residual expressions of health policies but rather structural outcomes of a model of social organization that, under neoliberal hegemony, subordinates social rights to the accumulation of capital.

Keywords: Social Determination of Health; Social Determinants of Health; State; Oncological Care; Palliative Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo das múltiplas influências no decorrer da vida de Brunner, Marmot e Wilkison (1999)	78
Figura 2 - Modelo das influências em camadas de Dahlgren e Whitehead (1991)	80

LISTA DE SIGLAS

ABEAS – Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social
ABRALE – Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia
ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
CACON – Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CDSS – Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CFM – Conselho Federal de Medicina
CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSS – Determinantes Sociais da Saúde
EBSERH: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FEDPs – Fundações Estatais de Direito Privado
FMI – Fundo Monetário Internacional
HPV – Papilomavírus Humano
HUUFMA – Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IMOAB – Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello
INCA – Instituto Nacional do Câncer
IST – Infecção Sexualmente Transmissível
LGBTQ+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer e outras identidades de gênero e sexualidade
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMC – Organização Mundial do Comércio
OMS – Organização Mundial da Saúde

OSCIPs – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OSs – Organizações Sociais

PNCP – Política Nacional de Cuidados Paliativos

PNPCC – Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer

PPPs – Parcerias Público-Privadas

PROADI-SUS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

PSR – População em Situação de Rua

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SES/MA – Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão

SISCAN – Sistema de Informação do Câncer

TJCC – Todos Juntos Contra o Câncer

UDI – Hospital UDI (Unidade de Diagnóstico e Internação)

UFs – Unidades Federativas

UNACON – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS	25
2.1 Paradigmas explicativos do processo saúde-doença nas sociedades ocidentais: determinação social do processo saúde-doença.....	27
2.2 O Estado e as intervenções históricas nos Determinantes Sociais da Saúde	49
3 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (DSS) NO NEOLIBERALISMO: FRAGMENTAÇÃO DA REALIDADE E GESTÃO DAS DESIGUALDADES ..	66
3.1 Modelos explicativos dos Determinantes Sociais da Saúde: desigualdades sociais em saúde e interface com o câncer	68
3.2 A formulação dos Determinantes Sociais da Saúde pela Organização Mundial da Saúde: promoção da saúde e administração neoliberal das desigualdades	89
4 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (DSS) NAS POLÍTICAS NACIONAIS DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA E DE CUIDADOS PALIATIVOS	103
4.1 Determinantes Sociais da Saúde na Política Nacional de Atenção Oncológica.....	105
4.2 Determinantes Sociais da Saúde na Política Nacional de Cuidados Paliativos	129
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	154
REFERÊNCIAS	166

1 INTRODUÇÃO

Como passam rápido os anos! E a gente volta a perguntar a si mesmo: Que fizeste de teus anos? Onde enterrastes o teu tempo? Viveste ao menos? Ou não?
- Fiódor Dostoiévski

Este trabalho é uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, vincula-se à área de concentração Políticas Sociais e Programas Sociais e à linha de pesquisa Seguridade Social: Política de Saúde, Política de Assistência Social e Previdência Social, elaborada com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Tem como objeto de análise a incorporação da concepção de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) nas Políticas Nacionais de Atenção Oncológica e de Cuidados Paliativos. Parte-se da premissa de que o processo saúde-doença se constitui como um fenômeno histórico e socialmente determinado, cuja compreensão exige apreender as múltiplas determinações sociais, econômicas e políticas que o conformam. Nessa perspectiva, a determinação social da saúde é analisada no presente estudo em sua totalidade concreta e nas contradições produzidas pelo sistema econômico vigente, sob a égide neoliberal.

A motivação dessa pesquisa advém da minha trajetória profissional, portanto da aproximação com a temática de oncologia e cuidados paliativos a partir da inserção na Residência Multiprofissional em Atenção à Oncologia pela Escola de Saúde Pública do Maranhão (ESP/MA), entre os anos de 2018 a 2020. A partir de 2020 até o presente ano, estive inserida na equipe de cuidados paliativos, onde a vivência com pacientes oncológicos, em especial, os que estão inseridos em cuidados paliativos, ensejou inquietações que impulsionaram este estudo, sobretudo diante da recorrente chegada de pacientes aos serviços de alta complexidade em estágios avançados da doença, com reduzidas chances de sobrevida e menores possibilidades de acesso a uma morte digna.

Essa realidade, infelizmente, não é algo pontual, mas recorrente no cotidiano profissional. Tal constatação levou-me a questionar que não se trata de um fenômeno isolado ou resultante de escolhas e comportamentos

individuais, mas de processos vinculados a questões mais amplas, como a desigualdade de acesso aos serviços de saúde e às políticas públicas, que impede o diagnóstico precoce, às barreiras territoriais, socioeconômicas de adesão e permanência no tratamento, à restrita rede de atenção oncológica e de cuidados paliativos, bem como às condições de vida da população, atravessadas pela pobreza, racismo e por uma rede de proteção social deficiente.

Esses questionamentos orientaram a presente dissertação, conferindo-lhe um sentido que ultrapassa o âmbito acadêmico e expressa um compromisso ético com os/as pacientes oncológicos/as que atravessaram o meu percurso de vida, enquanto sujeitos que vivem e morrem sob as marcas das desigualdades sociais. Como referencial teórico, adotou-se o materialismo histórico e dialético, com a perspectiva de apreender a realidade a partir das categorias de totalidade, historicidade, contradição e mediação. Nessa perspectiva, o processo de saúde-doença, assim como a morte, não podem ser entendidos somente como fenômenos naturais ou individuais, mas estão inseridos nas relações de produção e reprodução social em que a sociedade capitalista está estruturada.

É nessa perspectiva que a análise das políticas públicas de saúde é conduzida, entendendo que elas não são respostas neutras, mas expressões das correlações de forças entre classes sociais, atravessadas pelas contradições entre capital e trabalho. Haja vista que nos marcos do capitalismo, a saúde constitui um processo histórico, dialético e contraditório, vinculado às questões econômicas, políticas, culturais, sociais, resultantes da expropriação e exploração da força de trabalho.

Cabe informar que a pesquisa é de natureza qualitativa, desenvolvida por meio de procedimentos metodológicos que comportaram a pesquisa bibliográfica e análise documental. A pesquisa bibliográfica realizada nas produções teóricas das áreas de Serviço Social, Saúde Coletiva e Epidemiologia Latino-Americana, contemplando aquelas que demarcam as determinações sociais da saúde, questão social, Estado e políticas públicas. Já a análise documental abrange os marcos normativos, relatórios, dados de fontes oficiais e de instituições de referência sobre Determinantes Sociais da Saúde, Atenção Oncológica e os Cuidados Paliativos.

Destaco que a análise das informações levantadas, orientada pelo método materialista histórico-dialético, objetivou superar a apreensão imediata

dos fenômenos, buscando alcançar as determinações históricas, sociais e estruturais que produzem as desigualdades no processo saúde-doença, bem como nas formas de viver, adoecer e morrer. Nesse sentido, pesquisou-se dados em nível nacional e do estado do Maranhão, buscando contemplar e cotejar os indicadores socioeconômicos, sua diversidade territorial, a concentração dos serviços de saúde na capital e as contradições existentes entre os preceitos normativos das políticas e sua efetivação no cotidiano da população.

A acepção do que é saúde mudou ao longo do tempo, deixando de estar associado apenas a ausência de doença e passando a envolver diferentes dimensões da vida da população que incidem, de forma positiva ou negativa, sobre o processo de saúde-doença. Desse modo, a saúde está inserida na dinâmica de reprodução do capital, especialmente no que se refere à gestão da força de trabalho e às condições de reprodução social necessárias à manutenção da ordem capitalista.

Nessa direção, o Estado medeia interesses, define prioridades, regula acesso aos direitos, organiza agendas de políticas públicas que influenciam as condições de vida da população. Assim, as ações ou omissões do Estado impactam no processo de saúde-doença da população, materializadas nas condições concretas de vida, como o acesso a saneamento básico, educação, moradia, alimentação, proteção social e aos serviços de saúde.

A determinação social da saúde remete aos processos de produção e reprodução social e nas condições concretas de vida e trabalho. O adoecer e o morrer não são eventos meramente individuais ou aleatórios. Sendo assim, faz-se necessário compreender a questão social e as desigualdades em saúde que exigem considerar que as necessidades humanas não são satisfeitas com plenitude nas sociedades capitalistas, já que estão subordinadas à lógica da acumulação do capital. O processo de saúde-doença das sociedades está vinculado às desigualdades postas pelo capitalismo que projetam as expressões da questão social, que emergem das contradições inerentes ao modo de produção capitalista, particularmente na relação entre capital e trabalho.

O conceito de “iniquidades” em saúde ganhou centralidade sobretudo a partir das formulações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e das abordagens dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), sendo amplamente utilizado para evidenciar desigualdades consideradas injustas, evitáveis e

socialmente produzidas. Entretanto, este estudo adota a concepção de desigualdades sociais em saúde, por compreender que a categoria de iniquidades, embora reconheça processos de injustiça social, apresenta limites quando utilizada de forma descolada das determinações estruturais da sociedade capitalista.

A utilização da noção de desigualdades sociais em saúde permite apreender o adoecimento e as formas diferenciadas de viver e morrer não apenas como diferenças injustas na distribuição de riscos, acesso ou oportunidades, mas como expressões concretas das contradições inerentes ao modo de produção capitalista, fundado na exploração do trabalho, na apropriação privada da riqueza socialmente produzida e na produção desigual das condições materiais de existência. Essa opção teórico-metodológica ancora-se na análise de que a absorção da categoria de “iniquidades” pelo projeto de dominação do capital limita o entendimento ampliado, uma vez que o capitalismo possui a capacidade de incorporar determinadas críticas sociais sem alterar suas estruturas fundamentais de exploração.

A incorporação das categorias “vulnerabilidade social” e “risco social” nas políticas públicas contemporâneas deve ser compreendida para além de seu aparente caráter técnico-operacional, uma vez que sua emergência e difusão estão associadas a transformações históricas mais amplas na organização do capitalismo e na redefinição do papel do Estado. Particularmente a partir das décadas de 1970 e 1980, diante da crise estrutural do capital e da consolidação do projeto neoliberal, em que há uma reorganização das políticas sociais orientada pela racionalidade do ajuste fiscal, pela focalização das ações estatais e pela redução da universalidade dos direitos sociais.

Na sociabilidade neoliberal, as expressões da questão social são despolitizadas e recodificadas por categorias como “vulnerabilidade” e “risco social”, articuladas à lógica da gestão da pobreza. Com isso, a desigualdade deixa de ser apreendida prioritariamente como expressão das contradições entre capital e trabalho e passa a ser tratada como objeto de classificação, monitoramento e intervenção focalizada sobre populações empobrecidas. Tal deslocamento ocorre com o intuito de modificar a própria maneira de interpretar e enfrentar as desigualdades sociais. Em vez de apreender a pobreza como fenômeno estrutural vinculado às relações de classe, ao racismo, à desigualdade

territorial e às condições materiais de reprodução da vida, passa-se a privilegiar a identificação de grupos e indivíduos considerados mais suscetíveis a determinadas situações de fragilidade ou exposição a eventos adversos.

No campo da saúde, essa incorporação ocorre de forma articulada à difusão internacional dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), especialmente após a atuação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de organismos multilaterais. Embora os DSS tenham representado um avanço ao deslocarem o foco das explicações estritamente biologicistas do adoecimento, sua operacionalização frequentemente ocorre por meio da fragmentação da realidade social em fatores isolados, tais como renda, escolaridade, moradia, território e estilos de vida.

A crítica formulada pela perspectiva da determinação social do processo saúde-doença, sobretudo pela Saúde Coletiva latino-americana, aponta que esse tipo de abordagem tende a reduzir processos históricos complexos a fatores gerenciáveis, deslocando a análise das relações estruturais que produzem desigualdades para estratégias de mitigação de seus efeitos. Assim, a centralidade atribuída às categorias vulnerabilidade e risco social no âmbito das políticas sociais e de saúde não deve ser compreendida apenas como avanço conceitual, mas como expressão de uma determinada racionalidade política e econômica.

A análise da determinação social do processo saúde-doença na sociedade brasileira exige considerar as raízes do capitalismo dependente e da formação sociohistórica do país, estruturada pelo escravismo colonial e pela inserção subordinada na dinâmica do capitalismo mundial. Trata-se de reconhecer que a constituição do capitalismo brasileiro não ocorreu de forma autônoma ou homogênea, mas foi marcada pela dependência econômica, pela concentração da riqueza, pela superexploração da força de trabalho e pela permanência de hierarquias sociais e raciais historicamente construídas.

Desse modo, as desigualdades sociais em saúde assumem particularidades que não podem ser explicadas apenas por diferenças individuais ou pela distribuição desigual de fatores isolados, mas pela própria forma como a sociedade brasileira se estrutura e reproduz as relações de classe, raça e exploração. Há, portanto, uma relação desigual entre o capitalismo originário e o capitalismo periférico, evidenciando a dependência e o papel

desempenhado pelo Estado na criação das condições necessárias à acumulação do capital.

A manutenção da economia dependente, produziu uma sociedade de desigualdade no acesso a bens, direitos e condições dignas de vida e morte. A saúde enquanto expressão da questão social, vincula-se às condições de vida e de trabalho, atravessada pelas determinações da estrutura social. Sob o capitalismo, o Estado reconhece formalmente o direito à saúde, mas adota políticas de focalização e privatização, que fragilizam os sistemas públicos, e aprofundam as desigualdades em saúde, atingindo de forma mais intensa determinados segmentos da população.

A partir da década de 1970, com a crise do capital e a reestruturação produtiva, o Estado passou por um processo de redefinição do seu papel no campo das políticas sociais. No contexto neoliberal, tem-se o mercado como mediador da sociedade e a redução das funções e atuação do Estado em determinadas agendas, passando a intervir junto às camadas da população que não possuem poder aquisitivo para o uso dos serviços privados. Essa dinâmica expressa os processos de contrarreforma do Estado e colide com o projeto de caráter universalista e equitativo proposto pela Reforma Sanitária brasileira.

Vale pontuar que, determinação social da saúde e determinantes sociais da saúde embora sejam apresentados como sinônimos, possuem concepções diferentes. A determinação social apreende a saúde como expressão das relações sociais de produção, das formas de exploração do trabalho e das mediações que organizam a vida da população. Já os determinantes sociais tendem a privilegiar a identificação e mensuração de fatores, como renda por exemplo, sem aprofundar a análise das determinações históricas e estruturais que produzem as desigualdades sociais em saúde.

Partindo desse pressuposto, a saúde envolve medidas de promoção, prevenção e proteção, com o intuito de ofertar melhoria da qualidade de vida a população. Ao tomar o câncer como expressão concreta dessas desigualdades, esse processo não pode ser compreendido fora das condições sociais que o produzem. Frente a isso, o Brasil possui taxas elevadas de novos casos e mortes decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis.

A Constituição Federal de 1988 representou um avanço ao reconhecer a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, instituindo o Sistema

Único de Saúde (SUS), estruturado nos princípios como a universalidade, integralidade e equidade.

A ofensiva neoliberal redefiniu o papel do Estado, que transferiu ao mercado a responsabilidade de execução de determinados serviços. Nesse processo, como medidas práticas, estabeleceu a introdução de elementos de mercado na administração pública, assim como a criação de entidades não estatais para a provisão de serviços, fundamentado na perspectiva de redução do Estado com os gastos públicos. Esse processo traz pontos relevantes, como a fragmentação da ação pública, a desresponsabilização e retirada do Estado de algumas funções, a focalização das políticas públicas, a mercantilização e filantropização de direitos. Esses direitos, como a saúde, passam a ser tratados como mercadoria ou benesse.

A consequência desse processo é a crescente segmentação da política de saúde e a ampliação do mercado de planos e seguros privados para quem pode pagar. O SUS permanece sendo um sistema subfinanciado, fragmentado e insuficiente para atender toda a população que depende exclusivamente dele, pois segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2025), aproximadamente 76% da população brasileira dependem diretamente do SUS.

Assim, a contrarreforma não atinge todos os segmentos da sociedade de forma homogênea, mas aprofunda as desigualdades estruturais do processo de saúde-doença, na medida em que incide de forma mais intensa sobre determinados grupos restringindo o acesso a direitos e fragilizando as condições de reprodução social. Nesse cenário, as desigualdades não apenas se mantêm, mas se intensificam, produzindo diferentes possibilidades de adoecer, viver e morrer no interior da sociedade brasileira.

No Brasil, estima-se que no triênio de 2026 a 2028 serão registrados 781 mil novos casos de câncer (Inca, 2026), sendo uma das principais causas de morbimortalidade no país. Esse atual cenário brasileiro, traz elementos como a distribuição desigual do adoecimento, dificuldade de acesso ao diagnóstico de forma precoce, ao tratamento assim como aos cuidados paliativos.

Nesse contexto, as políticas de atenção oncológica e de cuidados paliativos se configuram como um espaço privilegiado para análise das contradições entre o avanço normativo e os limites concretos da efetivação do direito à saúde. Isso não é por acaso, mas é o resultado dos processos de

privatização, focalização e redução da proteção social, que limitam a capacidade de intervenção do Estado nas condições sociais que influenciam o processo de saúde-doença, assim como no acesso a uma morte digna.

Marcos legais como a Lei nº 12.732/2012 que estabelece o prazo máximo de 60 dias para início do tratamento oncológico no SUS, assim como a própria Política Nacional de Cuidados Paliativos instituída em 2024, na realidade concreta da população brasileira demonstram a espera em longas filas, diagnósticos tardios, acesso desigual ao cuidado, a complexidade de entendimento do próprio sistema de saúde entre outros elementos que afetam principalmente as populações em contexto de pobreza.

A abordagem em cuidados paliativos não está acessível a toda a população que possui um adoecimento grave e ameaçador da vida. Segundo a OMS (2018) entende-se por Cuidados Paliativos a abordagem multiprofissional que visa a melhoria da qualidade de vida de pacientes e família que enfrentam problemas relacionados a doenças ameaçadores de vida. Embora não seja algo recente, já que a sua abordagem remonta a Antiguidade, pouca coisa mudou no cenário brasileiro, após a aprovação da PNCP em 2024.

Pesquisas tem demonstrado a necessidade da abordagem de cuidados paliativos para milhares de brasileiros (adultos e crianças), e que essa necessidade tende a aumentar diante do acentuado número de novos casos de doenças crônicas, como o câncer, assim como o envelhecimento populacional. O Maranhão, que apresenta o menor rendimento domiciliar mensal *per capita* da federação (IBGE, 2025), é um estado marcado por profundas desigualdades territoriais e os limites se expressam de forma mais concreta na vida da população maranhense.

No contexto maranhense, adoecimentos por câncer evitáveis como o câncer de colo do útero e de pênis possuem ascendência no números de novos casos, assim como possuem características peculiares, como a predominância em populações marcadas por baixa escolaridade, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e barreiras territoriais (Pinto Júnior *et al.*, 2026. Isso evidencia as expressões das desigualdades estruturais que atravessam o processo de saúde-doença no estado.

Além disso, no estado maranhense conta-se com apenas cinco serviços habilitados de alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS e dois serviços

estruturados de cuidados paliativos, ambos concentrados na capital São Luís, o que evidencia como as desigualdades estruturais condicionam quem vive, quem adocece e quem consegue acessar um cuidado de fim de vida.

A morte deixa de ser exclusivamente um evento biológico inerente da condição humana, passando a ser entendida também como um fenômeno socialmente produzido, atravessado por condições históricas e materiais, que organizam o acesso à vida, à proteção social e aos cuidados de fim de vida. A literatura apresenta diferentes formas de compreender a morte, mas a *mistanásia*, entendida como uma morte evitável e precoce resultante da negligência da ausência de condições efetivas de acesso aos direitos sociais, constitui uma expressão da determinação social da saúde, revelando os limites impostos ao diagnóstico precoce, ao tratamento e aos cuidados paliativos.

Diante do exposto, a dissertação está estruturada em três capítulos, além desta introdução e das considerações finais. O primeiro capítulo analisa a perspectiva da determinação social do processo de saúde-doença, expondo os paradigmas explicativos que a constituíram historicamente, o papel do Estado nas mediações das condições de vida e saúde da população, assim como os limites da abordagem dos DSS frente à determinação social da saúde.

No segundo capítulo, tem-se a problematização da concepção de DSS no contexto do neoliberalismo, analisando três modelos explicativos sobre os DSS, assim como o adotado pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), e suas limitações estruturais, com ênfase nas desigualdades sociais em saúde, relacionadas ao adoecimento por câncer, às desigualdades de raça, gênero, classe, território, assim como as condições de fim de vida.

O terceiro capítulo analisa a incorporação do DSS nas Políticas Nacionais de Atenção Oncológica e de Cuidados Paliativos, situando essas políticas no contexto de contrarreformas do Estado sob a lógica neoliberal. A partir do contexto brasileiro e do estado do Maranhão, examina-se como as desigualdades estruturais condicionam o acesso ao cuidado oncológico e paliativo, evidenciando que tanto o adoecer como o morrer são socialmente determinados, revelando os limites das políticas que, inseridas na racionalidade neoliberal, não apenas produzem desigualdades, mas também determina quem pode viver e morrer com dignidade.

Nas considerações finais, as particularidades da formação socioeconômica brasileira e maranhense, evidenciam que as desigualdades no acesso ao diagnóstico, tratamento oncológico e cuidados paliativos estão associadas às determinações estruturais que conformam o processo saúde-doença. No Maranhão, o perfil de adoecimento por câncer demonstra as determinações sociais que atravessam o processo saúde-doença e expressa as contradições do modelo de desenvolvimento historicamente adotado no estado. Embora apresente importantes empreendimentos industriais, mantém-se elevados índices de pobreza, desigualdades territoriais, precariedade no acesso ao saneamento básico, à educação e aos serviços de saúde.

Nesse contexto, cânceres evitáveis, como os de colo do útero, pênis e pulmão, incidem de forma mais intensa sobre segmentos da população submetidos a condições históricas de exclusão social. Nessa perspectiva, o processo saúde-doença exige a análise das condições sociais, econômicas, raciais e territoriais que conformam a vida da população. É nesse horizonte que se insere a presente dissertação, expondo a necessidade de analisar criticamente a incorporação dos DSS nas Políticas Nacionais de Atenção Oncológica e de Cuidados Paliativos, problematizando os limites de abordagens que fragmentam a realidade social e obscurecem as determinações históricas e estruturais das desigualdades sociais em saúde.

E se somos Severinos iguais em tudo na vida, morremos de morte igual, mesma morte severina: que é a morte de que se morre de velhice antes dos trinta, de emboscada antes dos vinte de fome um pouco por dia (de fraqueza e de doença é que a morte severina ataca em qualquer idade, e até gente não nascida).

- João Cabral de Melo Neto

2 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS

Até a morte, tudo é vida.
- Miguel Cervantes

A perspectiva da determinação social da saúde compreende a saúde como um fenômeno histórico e socialmente construído, que deve ser analisado em sua totalidade e nas contradições que atravessam seu reconhecimento como direito social e política pública. Nesse sentido, a saúde também se insere na dinâmica de reprodução do capital, na medida em que a gestão da força de trabalho e das condições de reprodução social interessa à manutenção da ordem capitalista.

Nessa discussão, o Estado assume papel central enquanto instância mediadora das relações sociais, responsável por definir prioridades, regular o acesso a direitos e organizar agendas de políticas públicas que incidem diretamente sobre as condições de vida da população. Suas intervenções, ou não, repercutem de maneira concreta no processo saúde-doença, uma vez que se materializam nas condições objetivas de existência dos sujeitos.

Assim, o Estado, por intermédio de suas decisões políticas e econômicas, interfere diretamente nas condições de vida e de trabalho da população, dimensões constitutivas dos processos de saúde e doença. Ao definir políticas, orçamentos, legislações trabalhistas, modelos de proteção social, terceirização na operacionalização de direitos sociais, explicita-se a natureza contraditória do Estado na sociabilidade capitalista: embora reconheça formalmente a saúde e demais direitos sociais, sua atuação tende a responder, de forma recorrente, às requisições da reprodução ampliada do capital.

Sob o capitalismo, o Estado assume diferentes formas de regulação social e econômica, que variam conforme o estágio de desenvolvimento do próprio capitalismo e as disputas entre classes sociais. Em determinados contextos históricos, especialmente no período de consolidação do *Welfare State* após a Segunda Guerra Mundial, verificou-se a ampliação da intervenção estatal por meio de sistemas robustos de proteção social, orientados pelos

princípios da universalidade, do pleno emprego e da ampliação de direitos sociais. Entretanto, tais experiências não eliminaram as contradições estruturais do capitalismo, mas expressaram formas históricas específicas de mediação da questão social (Esping-Andersen, 1991; Behring; Boschetti, 2011).

Faz-se importante evitar uma compreensão homogênea do Estado capitalista, uma vez que suas formas de intervenção se modificam historicamente. Embora o Estado reconheça formalmente a saúde como direito social, sobretudo nas experiências de proteção social universalizantes, suas ações permanecem atravessadas pelas contradições entre acumulação e legitimação (O'Connor, 1977). No contexto contemporâneo de hegemonia neoliberal, essa contradição se expressa na implementação de políticas de austeridade fiscal, focalização e privatização, que fragilizam os sistemas públicos de saúde e aprofundam as desigualdades sociais em saúde. Desse modo, a universalidade do direito torna-se tensionada pelas próprias determinações do modo de produção capitalista, atingindo de forma mais intensa a classe trabalhadora e os segmentos historicamente submetidos à precarização das condições de vida, trabalho e acesso às políticas sociais.

Dessa forma, a determinação social da saúde está relacionada aos processos de produção e reprodução da vida social, expressando-se nas formas de inserção dos sujeitos nas relações sociais e nas condições materiais de existência, como trabalho, moradia e acesso às políticas sociais. A compreensão da questão social e das desigualdades sociais em saúde exige considerar que as necessidades humanas não são plenamente satisfeitas nas sociedades capitalistas, uma vez que sua realização está subordinada à lógica da acumulação do capital.

Assim, a análise da saúde a partir da perspectiva da determinação social implica apreendê-la para além de suas expressões imediatas, situando-a no conjunto das relações sociais que produzem desigualmente as condições de vida, trabalho, proteção e adoecimento. Nessa direção, torna-se fundamental examinar os diferentes paradigmas explicativos do processo saúde-doença, tendo em vista que eles expressam distintas concepções teórico-políticas sobre a produção da saúde e da doença na sociedade. Do mesmo modo, impõe-se analisar, também, o papel do Estado, cuja atuação, inscrita nas contradições da sociabilidade capitalista, interfere decisivamente na formulação das políticas

públicas, na organização da proteção social e nas respostas socialmente construídas às necessidades de saúde da população.

2.1 Paradigmas explicativos do processo saúde-doença nas sociedades ocidentais: determinação social do processo saúde-doença

Nas sociedades capitalistas, a compreensão do processo saúde/doença foi historicamente construída a partir de diferentes paradigmas explicativos, os quais expressam não apenas avanços no campo científico, mas também projetos societários, ideológicos e disputas políticas. Entre esses paradigmas, destaca-se a perspectiva da determinação social do processo saúde/doença, formulada como uma crítica ao modelo biomédico hegemônico e às interpretações multicausais que tendem a fragmentar a análise das condições de adoecimento.

O processo de saúde-doença das sociedades tem vinculação direta com as desigualdades postas na sociedade capitalista e projetadas no conjunto denominado de expressões da questão social. A partir da Segunda Guerra Mundial, são notáveis as transformações societárias, diante de uma nova ordem do capital que indicaram novos patamares de acumulação devido à crise do capital, traçando diferentes diretrizes no campo político, ideológico, social, cultural entre outros (Castro, 2018, p. 15).

A questão social emerge com a ascensão do capitalismo, vinculada ao pauperismo e às contradições entre a produção de riqueza e a ampliação da pobreza. Para Santos (2012), a questão social expressa as contradições inerentes ao modo de produção capitalista, particularmente aquelas que emergem da relação entre capital e trabalho, manifestando-se nas desigualdades sociais, na exploração e na produção da pobreza.

Etimologicamente, o termo expressa a controvérsia em torno da insegurança social imanente à estrutura social capitalista, que contraditoriamente cria barreiras à reprodução humana e cultural dos trabalhadores. É uma questão porque decorre das próprias contradições fundamentais do capitalismo e, portanto, não pode ser

superada sem a sua transposição como forma de sociedade (Barbosa, 2024, p. 338).

Segundo Iamamoto (2000, p. 203), a questão social em seu sentido universal refere-se às expressões das contradições inerentes à relação entre capital e trabalho. As expressões da Questão Social, por sua vez, reforçam a sua gênese nas contradições do capitalismo e levam ao Estado a necessidade de respostas e medidas de intervenção que eclodem a partir de lutas sociais.

Assim, é indissociável da sociabilidade capitalista, particularmente, das configurações assumidas pelo trabalho e pelo Estado na expansão monopolista do capital. Para Netto (2011), o Estado tem papel central em propiciar as condições necessárias para o processo de acumulação capitalista. E nos tempos de crise do capital, reflete diretamente na questão social.

[...] a intervenção estatal sobre a questão social se realiza [...] fragmentando-a e parcializando-a. E não pode ser de outro modo: tomar a questão social como problemática configuradora de uma totalidade processual específica é remetê-la concretamente à relação entre capital/trabalho – o significa, liminarmente, colocar em xeque a ordem burguesa (Netto, 2011, p. 32).

A expressão “Questão Social” emerge no século XIX, no contexto das profundas transformações decorrentes da industrialização iniciada no século XVIII, sendo utilizada para designar o pauperismo e seus múltiplos desdobramentos que assolavam a Europa Ocidental. Tratava-se de uma nova forma de pobreza, produzida no interior da sociedade capitalista e diretamente vinculada ao caráter contraditório do processo de acumulação de riqueza.

Ao mesmo tempo em que se ampliava a capacidade de produção material e se desenvolviam as forças produtivas, intensificavam-se a exploração do trabalho, a concentração da riqueza e o crescimento da pobreza entre a classe trabalhadora. Nesse contexto, parcelas significativas da população “viam-se despossuídos das condições materiais de vida de que dispunham anteriormente” (Netto, 2001, p. 42), evidenciando que o avanço econômico não resultava em melhoria coletiva das condições de existência, mas na ampliação das desigualdades inerentes ao capitalismo.

O modo de produção capitalista volta a produção da riqueza para o mercado, produz excedente para troca, e não para satisfação das necessidades humanas. As necessidades humanas são historicamente produzidas, porém, no

capitalismo, sua satisfação ocorre de forma desigual e mediada pelo mercado, transformando direitos em mercadorias e restringindo o acesso às condições necessárias à reprodução da vida.

Para Heller (1986), as necessidades por surgir a partir das vontades humanas individuais, podem ser pessoais, mas ao mesmo tempo são sociais, pois fazem parte das aspirações humanas balizadas na vida em sociedade e dependem objetivamente das condições disponíveis para sua satisfação. Essas necessidades não podem ser consideradas naturais, pois a sua forma de satisfação é socialmente determinada.

Não existem necessidades naturais. O ar não é objeto de uma necessidade, constitui, pelo contrário, uma condição de nossa existência, enquanto que o ponto de que preferimos ar fresco e limpo ao contaminado é já uma manifestação de necessidade. As necessidades existenciais são ontologicamente primárias, desde o momento em que estão baseadas no instinto de autoconservação. Tais são, entre outras, a necessidade de alimentar-se, a necessidade sexual, a necessidade de contato social e de cooperação, a necessidade de atividade. Nem estas podem ser definidas como naturais, posto que só são suscetíveis de interpretações como necessidades concretas no seio de um contexto social determinado. Nem sequer a necessidade de alimentar-se pode ser definida com exatidão biológica (Heller, 1986, p. 171).

Assim, ao delimitar o aspecto social das necessidades, nega a sua naturalização ou a relação com o nível biológico, pois nas sociedades anteriores ao capitalismo, o limite para a satisfação de tais necessidades estava ligado à própria natureza, sob a pena da escassez de recursos que possam garantir este fim. Contudo, no capitalismo esses limites se relacionam com a generalização de um modo de vida que condena as classes trabalhadoras a garantir dia após dia essa satisfação (Carvalho, 2020, p. 204).

A partir dessa compreensão, o processo de saúde-doença pode ser entendido como expressão concreta das formas pelas quais essas necessidades são socialmente produzidas. A saúde não se restringe ao plano biológico, mas está diretamente vinculada às possibilidades reais de acesso aos meios de vida e cuidado. Nesse sentido, o direito à saúde implica não apenas a oferta de serviços, mas a garantia de condições sociais que permitam responder às necessidades humanas em sua totalidade.

Na sociabilidade capitalista, essa dinâmica se expressa na tensão entre a saúde como direito social e sua transformação em mercadoria submetida à

lógica do mercado. A efetivação do direito à saúde é continuamente tensionada pela primazia do valor de troca sobre o valor da vida, subordinando as necessidades humanas aos interesses de acumulação do capital. Como consequência, aprofundam-se processos de exclusão, desigualdades e restrição do acesso aos bens e serviços de saúde, resultando na negação, ainda que parcial, de condições dignas de existência da classe trabalhadora.

Em Marx, a lei do valor expressa uma forma historicamente determinada de regulação da vida social, na qual o trabalho humano, convertido em trabalho abstrato, constitui a substância do valor das mercadorias, inclusive da mercadoria força de trabalho. As coisas passam a ter valor e a ter vida própria, em que o capital com sede de mais capital dignifica coisas e brutaliza a vida humana, em que as relações sociais não são entre as pessoas, mas sim entre as mercadorias, as coisas trocadas (Marx, 2013, p. 57). Sob a lógica da valorização do valor, o capital subordina a vida humana aos imperativos da acumulação, conferindo centralidade às coisas e rebaixando os sujeitos à condição de meios para sua reprodução ampliada.

Nesse processo social, insere-se também a estrutura da propriedade privada, por meio da qual aqueles que não detêm a terra nem os meios de trabalho são compelidos a estabelecer sua inserção social por meio da venda da força de trabalho, como condição para a satisfação de suas necessidades vitais e de sua reprodução. Esse processo baseado na expropriação dos meios de produção e de vida, constitui as classes sociais fundamentais (capitalistas, proletariado e proprietários de terras), delineando as relações sociais próprias desse modo de produção.

No processo capitalista de produção, é o trabalho vivo que cria valor e mais-valia, os quais são apropriados privadamente pelos detentores dos meios de produção. O trabalhador, ao vender sua força de trabalho em troca de salário com o objetivo de garantir sua subsistência, entrega também tempo de vida e trabalho em quantidade superior àquela equivalente ao valor que recebe. Como afirma Marx, "uma parcela da mais-valia transformada em capital adicional precisa ser sempre retransformada em capital variável ou fundo adicional de trabalho" (Marx, 2013, p. 246). Não há, portanto, equivalência real nessa relação, pois a força de trabalho produz mais valor do que aquele que lhe é restituído sob

a forma de salário. Parte da jornada de trabalho não é paga, convertendo-se em excedente, que constitui o núcleo da exploração capitalista.

Além do excedente de trabalho não pago, o trabalhador tem acesso ao consumo para atender suas necessidades sociais de reprodução através do salário. Contudo, o capitalismo não abarca toda a população, não há emprego para todos, desse modo produz a superpopulação relativa, expressa no desemprego, no subemprego, na informalidade e em formas cada vez mais precarizadas de inserção laboral.

O modo de produção capitalista se movimenta e amplia suas formas de reprodução e, para isso, o processo de acumulação se modifica, incrementando a produtividade por meio de maquinários, equipamentos e tecnologias, o que resulta na menor utilização do trabalho vivo e, por conseguinte, a diminuição dos postos de trabalho. Desta forma, torna-se incerto o acesso ao trabalho, ao consumo e à própria subsistência do trabalhador e da sua família.

Pontua-se também a existência de uma população excedente de trabalhadores, que funciona como mecanismo de concorrência entre os próprios trabalhadores e de aviltamento dos salários, frequentemente pagos abaixo das necessidades de subsistência. Essa massa de desempregados, ora é atraída, ora repelida por determinadas atividades, o que resulta na inserção de trabalhadores em subempregos, em relações de trabalho precarizadas ou em condições de miséria.

Os trabalhadores que permanecem empregados submetem-se aos ditames do capital como condição para preservar seus postos de trabalho. Assim, quanto maior o número de trabalhadores excedentes, maior a superpopulação relativa, maior a pressão sobre os trabalhadores ocupados e maior a capacidade do capital de intensificar a exploração da força de trabalho. Assim, o próprio movimento da acumulação capitalista produz e reproduz o exército industrial de reserva.

[...] o pauperismo se constitui a camada social que perdeu a capacidade de vender sua força de trabalho e tem que mendigar a caridade pública. Ele se expressa na forma como o capital se apropria da força de trabalho da classe trabalhadora, com a finalidade de assegurar a sua reprodução e a acumulação da riqueza por parte dos capitalistas e, contraditoriamente, produz a acumulação da miséria da classe que produziu seu produto como capital (Pimentel, 2007, p. 52).

Tais circunstâncias precipitam a questão social, que se expressa de múltiplas formas na vida social, entre elas a questão urbana, a questão agrária, a questão ambiental, a fome, a violência, as desigualdades de gênero e a questão racial. Nesse conjunto, a saúde se constitui como uma de suas expressões centrais, na medida em que o processo saúde-doença é diretamente atravessado por essas determinações, refletindo as condições desiguais de vida, trabalho e acesso a direitos que marcam a sociedade capitalista.

Autores como Engels (2010), Hobsbawm (1978) e Bresciani (1984) estudaram as condições de vida do proletariado no ciclo concorrencial do capitalismo e demonstraram a precariedade dos salários que não cobriam as necessidades de reprodução da força de trabalho, haja vista que eram pagos abaixo do seu valor. Pontuaram, também as condições insalubres de moradias, o esgotamento físico pelas horas extensas de trabalho e pelas péssimas condições de trabalho, somadas ao fato de incorporarem toda a família proletária ao trabalho, sem excluir nem as crianças, para fazer frente ao baixo poder aquisitivo dos salários. A organização política dos trabalhadores foi, então, decisiva para melhoria das condições de trabalho desde o final do século XIX, de modo a limitar a exploração desenfreada.

Para autores como Iamamoto (2000), Netto (2001), Pastorini (2004) e Santos (2012), a Questão Social se expressa com a organização operária no século XIX, como forma de questionamento da pauperização, do desemprego e das precárias condições de vida e de trabalho. Tal reflexão remete ao processo originário da acumulação primitiva de capital e à dinâmica da produção coletiva de riqueza sob a generalização do trabalho capitalista e sua apropriação privada, envolvendo a contraditória ampliação da população supérflua às necessidades do capital.

[...] emerge da pauperização ligada às necessidades de acumulação do capital, que se põe historicamente permeada pela luta dos trabalhadores e pelas estratégias de dominação das classes dominantes para contê-las, em favor da reprodução social (Pimentel; Costa, 2002, p. 4).

Para Netto (2012), os efeitos destrutivos do capitalismo sobre a força de trabalho e sobre as relações sociais são captados pelo pensamento conservador desde a transição entre os séculos XIX e XX, que, no entanto, desvincula a

questão social das relações sociais de produção e a situa no campo da circulação capitalista. Esse ideário naturaliza os efeitos nocivos da acumulação, abordando o desemprego, a exploração da força de trabalho e a precariedade da reprodução como resultante de problemas individuais ou de dificuldades de adaptação ao sistema social, priorizando a gestão da anomia para evitar conflitos e garantir a reprodução do capitalismo.

No capitalismo monopolista, o Estado social configura-se como uma estratégia historicamente construída para mediar os conflitos entre capital e trabalho, ao mesmo tempo em que viabiliza novas frentes de investimento e participa da organização dos chamados cuidados vitais, integrando-se ao processo de reprodução da força de trabalho (Boschetti, 2016). Com efeito, no ciclo maduro do capitalismo monopolista (século XX), além do salário outra variante para acessar meios de consumo foi constituída a partir do Estado, que passou a assumir responsabilidades com a reprodução da força de trabalho, não cobertas pelo salário, e com a geração de outras condições gerais da produção capitalista.

Diante da crise do capital nos anos de 1970, tem-se a necessidade de reorganização do novo modelo de acumulação, por meio da reestruturação da produção, da organização do trabalho e das relações entre capital, trabalho e Estado. A capacidade do Estado de exercer suas funções passou a ser limitada em decorrência do avanço tecnológico, do aumento da dívida pública e privada, da queda da taxa de lucro e da recessão. As crises são inerentes ao capitalismo e determinadas por sua natureza contraditória (Castro, 2018, p. 16).

O capitalismo é atravessado por ciclos de expansão e crise que expressam suas contradições estruturais e os limites do próprio processo de acumulação. Nesse contexto, a crise do Estado de Bem-Estar Social não representa apenas um esgotamento econômico, mas um movimento de reconfiguração da ordem burguesa voltado à recomposição das taxas de lucro, ao esvaziamento dos direitos sociais e à contenção das lutas e contestações da classe trabalhadora. Paralelamente, intensifica-se o processo de mundialização do capital, especialmente por meio da hegemonia do capital financeiro articulado ao capital industrial, ampliando a flexibilização das relações de trabalho, a precarização das condições de vida e a radicalização das desigualdades sociais (Iamamoto, 2008).

O novo imperialismo, hegemonizado pelos Estados Unidos, opera sob a lógica da acumulação por espoliação, articulando a expansão do capital em escala global à expropriação de recursos e direitos. Nesse processo, consolidam-se mecanismos institucionais como o Banco Mundial, o Consenso de Washington, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Organização Mundial do Comércio (OMC), que passam a condicionar as economias periféricas à adoção de políticas alinhadas aos interesses do capital internacional. Tal dinâmica se sustenta por uma ofensiva ideológica de caráter conservador, que reposiciona o mercado como eixo estruturante das relações sociais (Behring, 2003; Tonet, 2009).

Nesse cenário, as transformações no padrão de acumulação capitalista e na atuação do Estado repercutem nas condições de vida, trabalho e acesso às políticas sociais, elementos que constituem determinantes fundamentais do processo saúde-doença. A intensificação das desigualdades sociais, a precarização do trabalho e a redução da proteção social passam a incidir diretamente nesse processo de saúde-doença, reafirmando o caráter socialmente determinado da saúde.

A saúde, enquanto expressão da questão social, vincula-se diretamente às condições de vida e de trabalho, sendo atravessada pelas determinações da estrutura social. Contudo, o ocultamento dos nexos ontológicos que apreendem o processo de saúde-doença como questão social e política passa a ocupar lugar central nas propostas e práticas direcionadas ao enfrentamento das necessidades em saúde. Tal movimento é sustentado pela reafirmação da ideologia do capital, interessada em ampliar os processos de acumulação e alienação no contexto das transformações societárias em curso, o que se expressa, de modo emblemático, na individualização do processo saúde-doença.

A saúde é reflexo de uma conjuntura social, econômica, política e cultural, atravessada por processos dialéticos, sociais e históricos que incidem sobre a dimensão biológica. Na Antiguidade, as explicações sobre a saúde e a doença estavam centradas no indivíduo. Ainda que existissem explicações naturalistas, não havia uma compreensão sistemática da relação entre adoecimento e as condições sociais de vida. Ao longo da história da humanidade, a saúde, ou sua ausência, implicando no adoecimento, foi, por

muito tempo, entendida como resultado da ação ou da omissão dos deuses, predominando, assim, uma concepção sobrenatural do adoecimento (Araújo *et al.*, 2008, p. 117).

Essa compreensão da doença enquanto castigo divino, ou fenômeno natural perdurou até o Renascimento, período em que pensadores como André Vesalio (fundador da anatomia moderna), Miguel Servet e William Harvey, realizaram investigações sistemáticas, atribuindo a ocorrência das doenças não mais à causalidade divina, mas à causalidade natural, biológica e individual. Contudo, é a partir do final do século XVIII, que emerge a noção de causação social do processo saúde/doença, vinculada às transformações históricas produzidas pela Revolução Industrial, pela urbanização acelerada, pelo pauperismo, pela recorrência de epidemias e pela formação da classe trabalhadora. Tal inflexão permitiu evidenciar que o adoecimento não constitui um fenômeno casual ou estritamente individual, mas um processo socialmente produzido, inscrito nas condições concretas de vida e trabalho dos sujeitos.

Marx (2013, p. 238), em sua obra *O Capital*, tratou de forma sistemática a saúde, o adoecimento e a morte dos operários, partindo da análise das condições de trabalho, da exploração da força de trabalho e da reprodução social, onde a saúde aparece subordinada a lógica da acumulação do capital. Demonstra que o trabalhador vende sua força de trabalho, e que o capital tende a consumi-la até o limite físico e mental, produzindo adoecimento, acidentes e morte precoce.

Esse adoecimento não é aleatório ou acidental, mas inerente à exploração da força de trabalho. Além disso, cumpre destacar que essa exploração desmedida se expressa também na extensão da jornada de trabalho, uma vez que, sob a lógica da acumulação, o capital não se importa com a duração de vida da força de trabalho:

Mas em seu impulso cego e desmedido, sua voracidade de lobisomem por mais-trabalho, o capital transgride não apenas os limites morais da jornada de trabalho, mas também seus limites puramente físicos. Ele usurpa o tempo para o crescimento, o desenvolvimento e a manutenção saudável do corpo. Rouba o tempo requerido para o consumo de ar puro e de luz solar. Avança sobre o horário das refeições e os incorpora, sempre que possível, ao processo de produção, fazendo com que os trabalhadores, como meros meios de produção, sejam abastecidos de alimentos do mesmo modo como a

caldeira é abastecida de carvão, e a maquinaria, de graxa ou óleo (Marx, 2013, p. 238-239).

O rompimento com a ideia do adoecimento ser algo natural é trabalhado por Marx de forma implícita, ao trazer que esse adoecimento é um fenômeno socialmente produzido, ligado à exploração, e que não deve ser tratado como uma fatalidade biológica, ou atribuindo às características individuais, ocultando as condições sociais que a produzem. O corpo também é território dessa exploração.

Outro ponto é quanto a moralização do adoecimento, que para Marx (2013, p. 356) é comum no discurso que culpabiliza o trabalhador pela fadiga, alcoolismo, indisciplina e a incapacidade para o trabalho. Cada modo de produção gera padrões específicos do processo de saúde-doença, onde no capitalismo, predomina o adoecimento ligado ao trabalho explorado, à urbanização precária e à miséria. Ao naturalizar e moralizar o adoecimento, desloca-se a responsabilidade das estruturas sociais para o indivíduo, ocultando as relações de exploração que produzem a doença e legitimando a permanência das desigualdades.

A moralização da doença constitui um dos mecanismos ideológicos que deslocam a análise do processo saúde-doença das suas determinações sociais para o plano do comportamento individual. Tal referência é comumente observada nos casos de câncer de pênis, que são associados à falta de higiene e autocuidado. Essa interpretação é extremamente capciosa, pois tende a responsabilizar o homem pelo seu adoecimento, desconsiderando as condições materiais que limitam o acesso aos serviços de saúde e de cuidado.

É importante destacar que o câncer de pênis tem alta incidência no Brasil, principalmente nas regiões Norte e Nordeste (Brasil, 2018). Grande parte desses homens vivem em contexto de pobreza, com acesso precário a saneamento básico, água potável, informação em saúde e serviços de atenção primária em saúde.

O câncer de pênis é uma doença que causa anualmente mais de 600 amputações de pênis ao ano no Brasil, sendo o Maranhão o estado que apresenta a maior incidência no mundo (Brasil, 2018). Além de um retrato das condições precárias de sobrevivência, mostra a ausência de efetividade das políticas públicas voltadas à saúde do homem. O câncer de pênis também foi

responsável por aproximadamente 13,1% dos óbitos entre os anos de 2012 e 2023 no Maranhão. Sua maior incidência está em homens de faixas etárias entre 60 e 79 anos (34,1%), da cor/raça parda (65,6%), casados (41,6%) e com menor grau de escolaridade, sendo que cerca de 59,7% eram analfabetos (Pinto Júnior *et al.*, 2026, p. 3).

Desta forma, a culpabilização dos sujeitos contribui para a naturalização das desigualdades que impactam no processo de saúde-doença, e por conseguinte nos cuidados de fim de vida. Assim, o adoecimento é reduzido a uma falha individual, ocultando as determinações estruturais que condicionam tanto a exposição aos riscos quanto as possibilidades de prevenção, tratamento, cura e cuidados na finitude.

A obra *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra*, de Engels (2010), revela as más condições de trabalho e a insalubridade presente nas fábricas, demonstrando como o desenvolvimento do capitalismo industrial produziu profundas desigualdades sociais, pobreza extrema e intenso processo de exploração do trabalho.

O trabalho, em si mesmo, é insalubre: crianças e jovens laboram em pequenos cômodos mal arejados, sempre sentados e curvados sobre os bilros. Para manter o corpo nessa posição fatigante, as meninas usam um corpete de madeira, o que, dada a sua pouca idade, numa altura em que os ossos não estão inteiramente formados, e aliado à postura curvada, deforma-lhes o esterno e as costelas, provocando o atrofiamento do tórax. A maior parte delas morre tuberculosa, depois de sofrer durante certo tempo com diversos distúrbios digestivos ocasionados pelo sedentarismo numa atmosfera asfíxiante (Engels, 2010, p. 227)

Ao observar a condição da classe operária na Inglaterra (nação capitalista mais avançada na época), Engels (2010) constata a exploração e o enriquecimento da burguesia à mercê da miséria dos operários. Onde a produção capitalista impacta diretamente na saúde física e mental dos trabalhadores, através das condições insalubres de trabalho, de moradia, trabalho infantil, ausência de saneamento básico, proliferação de doenças, ausência de proteção social, entre outras condições. Engels (2010) relaciona a alta mortalidade, o adoecimento precoce às condições de trabalho e de vida impostas pelo capitalismo industrial. O adoecer e o morrer são compreendidos como expressões da exploração e da distribuição desigual da riqueza

socialmente produzida, em que o ambiente pode ser a origem de adoecimentos, momentaneamente afastando a noção de algo natural ou individual.

Pela primeira vez na história da humanidade, o trabalhador passa a vender sua força de trabalho em troca de salário, e, diante da exploração de extensas jornadas de trabalho, emergem as primeiras noções de proteção do trabalhador, não propriamente orientadas pela garantia de direitos, mas pela necessidade de assegurar a continuidade da produção. O Estado, nesse contexto, passa a assumir funções reguladoras da cidade, da fábrica e do trabalho, influenciando a administração da Saúde Pública, que não se orientava pela universalização do direito à saúde, mas pelo controle estatal e na prevenção de contágio, a fim de evitar a desordem social e econômica. Essa concepção de Saúde Pública ganhou forte impulso com o paradigma microbiano, reforçando as ações de controle e saneamento.

No século XIX, tem-se as descobertas bacteriológicas de Louis Pasteur e Robert Koch, onde o processo de saúde-doença sofre uma simplificação, pois não são considerados outros fatores além dos biológicos. Assim, o surgimento das doenças são atribuídos aos agentes etiológicos que ao serem identificados devem ser combatidos através de medicamentos ou de vacinas. Já não se procuram os aspectos sociais, pois para cada doença, existe um agente e uma terapêutica. Esse entendimento possui reflexo até os dias atuais, pois é base do modelo biomédico que constitui um paradigma dominante quando se trata do processo de saúde-doença (Moreira, 2013, p. 37).

Assim, no século XIX, duas abordagens passam a exercer influência no entendimento sobre doenças: a primeira é a unicausal, centrada no contágio, ao abordar as descobertas de vírus, germes, vetores transmissores e, por conseguinte, das formas de seu controle, como aquelas viabilizadas pelo estudo e pelo desenvolvimento de vacinas. Contudo, as condições sociais passam a ser deslocadas da análise, na medida em que a concepção biológica da doença adquire o estatuto de verdade científica.

O modelo unicausal consolidou uma interpretação biologicista e tecnicista do adoecimento, reduzindo a doença a alterações orgânicas individuais e deslocando as condições sociais, econômicas e ambientais do centro da análise. A explicação do adoecimento passa, então, a concentrar-se no corpo biológico e nos mecanismos patológicos, reforçando a ideia de

neutralidade científica da medicina e escondendo as determinações históricas e sociais que produziam as condições de vida da classe trabalhadora.

Esse modelo não pode ser compreendido de forma dissociada do contexto histórico de expansão do capitalismo industrial. O intenso processo de urbanização, a concentração operária nas cidades e a necessidade de manutenção da força de trabalho exigiam respostas sanitárias capazes de controlar epidemias e reduzir impactos econômicos decorrentes do adoecimento coletivo. Nesse sentido, a medicina científica e o higienismo¹ passam a desempenhar papel estratégico para a reprodução social do capital, contribuindo para disciplinar corpos, normatizar comportamentos e garantir condições mínimas de reprodução da força de trabalho, sem, contudo, questionar as bases estruturais da exploração e da pobreza produzidas pelo capitalismo.

Segundo Donnangelo (1976, p. 73), a medicina moderna consolida-se articulada às necessidades do desenvolvimento capitalista, fortalecendo práticas voltadas à racionalização do cuidado e à ampliação do controle técnico sobre a vida e o corpo dos trabalhadores. Nessa direção, a centralidade atribuída ao agente etiológico contribuiu para secundarizar a análise das desigualdades sociais, da exploração do trabalho, das condições precárias de habitação e alimentação e das formas de organização social que condicionavam o processo saúde-doença. Assim, a concepção biológica da doença adquire estatuto de verdade científica universal, ao mesmo tempo em que a dimensão social do adoecimento é progressivamente despolitizada e fragmentada.

Esse modelo unicausal passa a ser questionado no contexto pós Segunda Guerra Mundial, especialmente nos países industrializados, ao ser verificado o crescimento do número de casos de doenças crônicas e degenerativas, em um cenário que já não se restringia às doenças infectoparasitárias. Assim, a teoria unicausal mostra-se insuficiente para explicar a ocorrência de outras doenças de natureza crônica, uma vez que seus fatores determinantes não estão atrelados a vetores de transmissão nem podem ser

¹ O higienismo como corrente de pensamento urbanístico nasce a partir de um conjunto de teorias e práticas políticas e sociais cujo princípio é projetar ações de saúde pública no espaço urbano, aplicando regras de higiene, de prevenção e de combate a epidemias, como a tuberculose, a febre amarela ou a varíola (Merlin & Choay, 2015). As políticas higienistas estavam profundamente associadas aos projetos de modernização urbana e controle das populações pobres (Schwarcz, 1993, p. 215).

controlados, por exemplo, apenas por vacinas. Ao contrário, trata-se de um processo relacionado às condições concretas de vida experimentadas por essas sociedades, aos quais incidem diretamente sobre o processo de saúde-doença (Moreira, 2013, p. 38).

Alguns países criaram formas de regular a saúde e as doenças, reconhecendo que alguns problemas de saúde estavam associados às condições de vida da população. Na Inglaterra, por exemplo, o Estado foi um dos primeiros a desenvolver políticas voltadas ao controle das condições sanitárias urbanas e à proteção da saúde coletiva. O crescimento urbano desordenado, más condições de habitação das cidades, forçou a intervenção do Estado, marcando o início da saúde pública moderna.

Como resposta à crise sanitária urbana na Inglaterra, surgem as primeiras legislações modernas de saúde pública, voltadas à melhoria no abastecimento de água potável, à regulamentação das condições sanitárias das cidades, à implementação de sistemas de esgotamento sanitário e de drenagem urbana entre outras medidas. Esse processo foi impulsionado pela publicação, em 1842, do relatório *Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain* (Relatório sobre as condições sanitárias da população trabalhadora da Grã-Bretanha), elaborado por Edwin Chadwick, que se constituiu em um estudo sobre a situação sanitária da população trabalhadora. A grande inovação desse relatório foi o uso de informações estatísticas para contrabalançar a grande quantidade de evidências descritivas, evidenciando as variações na expectativa de vida segundo a classe social ou o local de residência.

Para Chadwick (1842), a melhoria da saúde se tratava de uma necessidade econômica, pois reduziria os gastos com os auxílios aos pobres, causado por doenças. O relatório evidenciou que as epidemias não eram resultado apenas de fatores individuais ou biológicos, mas estavam profundamente ligadas às condições socioeconômicas e ambientais, fortalecendo a ideia de que a saúde pública deveria ser objeto de políticas estatais. A resposta formulada por Chadwick diante da ameaça representada pelas "febres", assentava-se, portanto, na defesa de uma solução de engenharia para os problemas de saúde da nação (Uk Parliament, 2026).

Na França, destaca-se o pioneirismo de Louis-René Villermé na medicina social, através da obra *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers*

(Tabela das condições físicas e morais dos trabalhadores), que demonstrou como o adoecimento da população trabalhadora estava diretamente relacionado às condições de vida e de trabalho nas sociedades industrializadas do século XIX. Publicada em 1840, a obra constituiu-se como uma investigação empírica, desenvolvida a partir de visitas às fábricas e aos bairros de residência dos operários.

A pesquisa revelou como as condições sociais a exemplo do trabalho infantil, moradias precárias, extensas jornadas de trabalho, má alimentação, baixos salários, influenciavam a saúde, e estavam associadas a alta taxa de mortalidade, exaustão e adoecimento precoce dos trabalhadores. Revelou, ainda, que a pobreza estava diretamente relacionada a mortalidade: os bairros mais pobres, com condições sanitárias de habitação mais precárias, apresentavam a maior taxa de mortalidade por habitantes. Esses dados, contribuíram para o debate da legislação trabalhista, como a limitação do trabalho infantil nas fábricas (Silva; Barros, 2002, p. 378).

Os estudos de Chadwick e de Villermé foram precursores ao demonstrar que determinados grupos populacionais estavam mais expostos ao adoecimento e à morte. Ambos foram importantes para orientar a tomada de decisões na planificação de políticas de saúde, exigindo a intervenção do Estado nas questões sanitárias da época.

Segundo Jairnilson Silva Paim (2000, p. 119), os modos pelos quais as sociedades identificam os seus problemas de saúde, buscam explicá-los e se organizam para enfrentá-los variam historicamente e dependem de determinantes estruturais, econômicos, políticos e ideológicos. Nesse sentido, a noção de saúde e, conseqüentemente, o entendimento sobre Saúde Pública, desenvolvem-se historicamente desde a transição do feudalismo para o capitalismo e, sobretudo, a partir da Revolução Industrial, sendo reconfigurados pelas transformações nas relações sociais de produção, na organização do trabalho e nas formas de intervenção do Estado sobre a questão social.

Assim, Paim (2006, p. 143) defende a noção de determinação social em oposição a causalidade linear, onde a saúde é uma expressão das condições de vida e extrapolam o campo biomédico:

Na medida em que as necessidades da saúde vão além das necessidades de serviços de saúde elas não se restringem a problemas de saúde, de vida e identidades (Paim, 2006, p. 149-150).

Paim ancora-se em Laurell (1982), através da corrente da epidemiologia social latino-americana, que sustenta o caráter histórico e social da doença. No final dos anos 1960, intensificaram-se as discussões em torno desse caráter, em um contexto no qual a emergência da Epidemiologia Social se articulava tanto às lutas sociais quanto à crise do próprio modelo médico hegemônico. A possibilidade de transformação da realidade sanitária passa a ser concebida por meio da participação política.

A partir destes anos, vive-se uma nova etapa de lutas sociais, que, mesmo assumindo formas particulares nos diferentes países, caracterizam a época. Um dos traços das lutas populares neste período é que elas colocam sob suspeita, sob formas totalmente distintas e com perspectivas de alcance muito variável, o modo dominante de resolver a satisfação das necessidades das massas trabalhadoras. Isto ocorre tanto nos países capitalistas avançados como nos dependentes. Assim, no calor destas lutas, inicia-se uma crítica que procura formular uma compreensão diferente dos problemas, mais de acordo com os interesses populares e capaz de dar origem a práticas sociais novas. Desta maneira, as novas correntes se inspiram nas lutas populares e se define, assim, a base social sobre a qual se sustentam (Laurell, 1982, p. 02).

Esse caráter social do processo de saúde-doença, se expressa no perfil dos grupos sociais, que varia conforme o momento histórico e a organização da sociedade. Laurell (1982) critica os modelos unicausal e multicausal, pois ambos são insuficientes para explicar o processo de saúde-doença, e fragmentam a realidade em fatores de risco.

O modelo multicausal surge como um avanço por incorporar vários fatores como biológicos, ambientais, sociais, mas incita uma fragmentação da realidade. Isso significa a compreensão da doença enquanto resultado da soma de fatores, tratando-os como variáveis isoladas e equivalentes, sem apreender as relações estruturais que os produzem. Dessa forma, a realidade social é fragmentada em fatores de risco, o que favorece análises descontextualizadas e intervenções focalizadas sobre aspectos isolados da vida social.

Em termos muito gerais, o processo saúde doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção (Laurell, 1982, p. 16).

Como consequência, a desigualdade social tende a ser convertida em variável estatística, e não analisada como expressão das contradições inerentes ao modo de produção capitalista. Esse modelo articula-se ao contexto de desenvolvimento do capitalismo monopolista e à ampliação da racionalidade técnico-científica no pós Segunda Guerra Mundial. O fortalecimento da epidemiologia quantitativa, do planejamento sanitário e das tecnologias de gestão da população acompanha a necessidade de racionalização dos custos sociais do adoecimento e manutenção da produtividade da força de trabalho.

Assim, mesmo ao reconhecer múltiplas causas, o modelo multicausal preserva uma leitura despolitizada da realidade social, centrada na adaptação dos indivíduos aos riscos e não na transformação das condições estruturais que produzem o adoecimento (Donnangelo, 1976, p. 39). O questionamento ao paradigma médico-biológico está na dificuldade de gerar novo conhecimento que possa explicar os principais problemas de saúde que atingem os países, e não oferece uma proposta de melhoria nas condições de saúde da coletividade. As sociedades que diferem em seu grau de desenvolvimento e organização social devem apresentar uma patologia coletiva diferente.

Embora algumas reduções estejam relacionadas a medidas específicas de saúde pública, como vacinação, o aumento das doenças crônicas também não se explica apenas pela prática médica ou pelo modelo hospitalar. Destaca-se as transformações nos casos de mortalidade compreendidas a partir das mudanças nas condições sociais e históricas da sociedade, evidenciando que o processo saúde-doença é socialmente determinado (Laurell, 1982, p. 5).

Outro ponto que a autora traz refere-se à análise das condições coletivas de saúde em diferentes sociedades, em um mesmo momento histórico. Ao comparar México, Cuba e Estados Unidos, a autora assinala que o México apresenta um perfil patológico marcado principalmente por doenças infecciosas, associadas à pobreza, à má nutrição e às precárias condições de vida, embora doenças crônicas também comecem a ganhar expressão.

Em Cuba, por outro lado, predominam doenças cardiovasculares e tumores malignos, com menor participação das doenças infecciosas, evidenciando melhores condições coletivas de saúde. A comparação entre México e Cuba indica que não existe relação automática entre o nível de desenvolvimento econômico do país com a saúde da população, pois países

com níveis econômicos semelhantes podem apresentar perfis epidemiológicos distintos em função das relações sociais de produção.

Já nos Estados Unidos, o perfil de doenças se assemelha ao de Cuba quanto ao tipo de patologia, porém apresenta frequência significativamente maior de mortes por doenças crônicas, como doenças cardíacas, câncer, diabetes e cirrose. Assim, o aumento das doenças crônicas não pode ser entendido apenas como consequência da redução das doenças infecciosas e do envelhecimento da população, pois cada sociedade produz um perfil patológico próprio, determinado pelas condições sociais, econômicas e históricas, e não apenas por fatores biológicos ou pelo avanço técnico da medicina.

O caráter social da doença pode ser compreendido ao analisar a frequência, o tipo e a distribuição das enfermidades entre diferentes grupos sociais. Como o processo de saúde-doença está articulado ao processo social, ele assume características distintas conforme a forma como cada grupo se insere na produção e nas relações sociais. Evidências empíricas demonstram que a distribuição da doença e da mortalidade é desigual, sendo possível identificar perfis patológicos específicos entre classes sociais.

Os estudos latino-americanos reforçam essa relação. Uma pesquisa realizada por Behm (1979), na Costa Rica, demonstrou que a mortalidade infantil varia segundo a posição social, sendo significativamente maior entre filhos de trabalhadores urbanos e camponeses do que entre crianças de famílias da burguesia e das camadas médias. Outro estudo, realizado no México por Celis e Nava (1970), evidenciou que o tipo de doença também difere conforme o grupo social: entre populações mais pobres predominam doenças infecciosas e associadas às condições precárias de vida, enquanto entre grupos de maior renda são mais frequentes doenças cardiovasculares e do sistema nervoso.

Esses dados permitem evidenciar empiricamente o caráter social e histórico do processo saúde/doença, profundamente atravessado pelas condições sociais, pelas relações de poder e pelas desigualdades de classe. Para Conti (1972), as classes dominantes tendem a formular esses conceitos de acordo com seus interesses particulares, universalizando-os como se correspondessem às necessidades do conjunto da sociedade.

Na sociedade capitalista, por exemplo, o conceito de doença explícita está centrado na biologia individual, fato que lhe retira o caráter social. O conceito de doença oculta, quer dizer, que está subjacente na definição social do que é doença, refere-se à incapacidade de trabalhar, o que a coloca em relação com a economia e eventualmente com a criação da mais-valia e possibilidade de acumulação capitalista (Laurell, 1982, p. 9).

Outra concepção de saúde, articulada à epidemiologia social crítica latino-americana, fundamenta-se na perspectiva da determinação social da saúde, enquanto crítica a um sistema que inspirado num modelo biologicista, biomédico, que não considera a relação entre desigualdade social, condições de vida e de trabalho e processo de saúde-doença. Falar em determinação social da saúde é fundamental, na medida em que a saúde também se constitui como um campo de disputas, marcado por assimetrias nas relações de poder, por interesses conflitantes e, conseqüentemente, por antagonismos de classe.

Sob a influência social da década de 1970, foram criadas as condições para que vários núcleos de medicina social da América Latina se debruçassem sobre a relação entre a ordem social capitalista e a saúde, cenário em que nos foi possível propor direta e detalhadamente a uso da noção de determinação social da saúde em epidemiologia. Categoria que desenvolve uma crítica ao paradigma empírico-funcionalista da epidemiologia e propõe uma ferramenta para trabalhar a relação entre reprodução social, modos de viver e adoecer e morrer (Breilh, 2013, p. 14).

Em termos de totalidade, o processo saúde/doença é integrante de processos sociais mais amplos que se relacionam. A produção social da saúde nos marcos do capitalismo, como um processo histórico, dialético e contraditório, vinculado às questões econômicas, políticas, culturais, sociais que são resultantes da expropriação, da exploração e das desigualdades.

Toma-se a saúde como reflexo da contradição de classes, a partir dos embates entre interesses contraditórios no âmbito dos conflitos advindos da relação capital e trabalho (Moreira, 2013). A compreensão da saúde como direito insere-se no campo das lutas sociais travadas no interior da sociedade capitalista, sendo resultado histórico da ação coletiva da classe trabalhadora diante das desigualdades produzidas pela exploração do trabalho.

Elaine Rossetti Behring e Ivanete Boschetti (2006), referem que os direitos sociais não constituem concessões espontâneas do Estado, mas conquistas decorrentes da correlação de forças entre as classes sociais com interesses antagônicos. Todavia, esses direitos se desenvolvem de forma

contraditória, uma vez que, ao mesmo tempo em que respondem às necessidades sociais, também operam na regulação das expressões da questão social e na manutenção das condições necessárias à reprodução do capital. A saúde é atravessada por relações de poder e interesses antagônicos, expressando as disputas entre a garantia de direitos sociais e a lógica de acumulação do capital.

É essa categoria que explicita a saúde como expressão da questão social, revelada nas desigualdades sociais que se apresentam por meio do desemprego, do subemprego, da precarização do trabalho, da ausência de moradia, do abastecimento de água e do saneamento básico inexistentes ou escassos, em uma realidade que coexiste, perversa e contraditoriamente. Assume-se, então, que as desigualdades sociais, resultantes da distribuição desigual de riquezas socialmente produzida, manifestam-se através do acesso diferenciado à renda, à saúde, à educação e à cultura.

No Brasil, discutir a determinação social da saúde requer refletir sobre a formação sociohistórica do país e sua relação com o debate acerca da determinação social do processo saúde/doença. Trata-se de um processo marcado pela desigualdade social e por suas expressões mais radicais de pobreza e miséria, que sofre:

[...] interferências diretas da grande concentração de renda e riqueza e da resistência a qualquer pacto redistributivo; da configuração de um “mundo do trabalho” pautado pela informalidade, precarização e ausência de proteção e pelas condições de raça, gênero, etnia, classe social, dentre outros, que determinam, de forma ampliada, a desigualdade (Leal; Castro, 2021, p. 88).

Ao analisar a determinação social do processo de saúde-doença na sociedade brasileira, faz-se importante entender as raízes do capitalismo dependente e da nossa formação sociohistórica fundada no escravismo, que engendra relações próprias e o desenvolvimento de particularidades das relações capitalistas baseadas na dependência (Souza, 2025, p. 3). Esses elementos demarcam a relação desigual entre o capitalismo originário e o capitalismo periférico, evidenciando, inclusive, a dependência na relação com o Estado, haja vista que este desempenha um papel essencial na viabilização das condições necessárias à acumulação de capitais (Leal; Castro, 2021, p. 89).

Na obra de Prado Júnior (2011), publicada em 1942, intitulada *Formação do Brasil Contemporâneo*, o autor demonstra que a colonização do Brasil foi orientada fundamentalmente por interesses externos, estruturando uma economia voltada à exportação e baseada na exploração intensiva da força de trabalho, inicialmente escravizada, que estabeleceu as bases para a criação de características próprias do desenvolvimento do capitalismo no Brasil. As consequências desse passado histórico, está no desenvolvimento de uma sociedade marcada por profundas desigualdades sociais, raciais e econômicas, e seus efeitos nocivos são vistos nas relações de trabalho e nas condições de vida da população (Souza, 2025, p. 04).

No seu conjunto, e vista no plano mundial e internacional, a colonização dos trópicos toma o aspecto de uma vasta empresa comercial, mais completa que a antiga feitoria, mas sempre com o mesmo caráter que ela, destinada a explorar os recursos naturais de um território virgem em proveito do comércio europeu. É esse o verdadeiro sentido da colonização tropical, de que o Brasil é uma das resultantes; e ele explicará os elementos fundamentais, tanto no econômico como no social, da formação e evolução históricas dos trópicos americanos (Prado Junior, 2011, p. 24).

O Brasil é um país dependente e essa condição traz impactos para as expressões da questão social, para as classes sociais e para o Estado. Nessa análise, Prado Júnior (2011) enfatiza a relevância de entender o sentido da inserção do Brasil no sistema capitalista mundial que ocorreu de forma subordinada às economias centrais, configurando uma condição de dependência econômica, política e social. Essa dependência implica uma dinâmica de desenvolvimento desigual, na qual o país mantém relações assimétricas com os centros do capitalismo, reproduzindo internamente desigualdades e formas intensificadas de exploração do trabalho.

Na obra *Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina*, publicada originalmente em 1973, Florestan Fernandes (1981) expõe que a colonização latino-americana, incluindo a brasileira, instituiu uma economia dependente e consolidou padrões de desigualdade social e econômica. Mesmo com a ruptura formal do colonialismo, essa dominação não foi superada, uma vez que emergiram novas formas de dominação, por meio da articulação entre elites internas e externas, que reproduzem as estruturas de exploração econômica.

Os países latino-americanos enfrentam duas realidades áspersas: 1) estruturas econômicas, socioculturais e políticas internas que podem absorver as transformações do capitalismo, mas que inibem a integração nacional e o desenvolvimento autônomo; 2) dominação externa que estimula a modernização e o crescimento, nos estágios mais avançados do capitalismo, mas que impede a revolução nacional e uma autonomia real. Os dois aspectos são faces opostas da mesma moeda. Os setores sociais que possuem o controle das sociedades latino-americanas são tão interessados e responsáveis por essa situação quanto os grupos externos, que dela tiram proveito. Dependência e subdesenvolvimento são um bom negócio para os dois lados (Fernandes, 1981, p. 26).

Assim, as burguesias latino-americanas passam a ter papel central na manutenção da dependência econômica e política, pois optam por preservar seus privilégios e manter as alianças internacionais. Como consequência, temos uma sociedade formada por profundas desigualdades sociais, concentração de renda e exclusão de amplos setores da população do acesso aos benefícios do desenvolvimento econômico. Tem-se o dualismo estrutural, que é a combinação do arcaico com o moderno, em que a burguesia agrária se metamorfoseou em industrial, não significando uma ruptura, mas transformações em consonância com o sistema capitalista (Leal; Castro, 2021, p. 89).

A consolidação do capitalismo dependente também implicou na intensificação da exploração do trabalho e a transferência sistemática de excedentes econômicos para os países centrais. Internamente, as elites mantiveram mecanismos de controle político e social, frequentemente utilizando o Estado como instrumento de repressão e de preservação de seus interesses.

Todos esses processos que constituíram a formação sociohistórica brasileira e latino-americana revela uma articulação estrutural entre dependência externa, concentração de poder e desigualdade social, elementos que continuam a influenciar o desenvolvimento econômico e as condições de vida da população. Essa fragilidade repercute nas classes sociais, no aumento das desigualdades sociais, na configuração do Estado frente as pressões internacionais e nas respostas às expressões da questão social (Leal; Castro, 2021, p. 89).

Mas como esses elementos históricos de desigualdade, que formam a sociedade brasileira se expressam no processo saúde-doença e nos limites concretos do direito à saúde e a morte digna? A formação sociohistórica do Brasil influenciará o desenvolvimento do processo de saúde-doença no país, marcada pela exploração, pela concentração de terras, escravismo e a manutenção da

economia dependente, que produziu uma sociedade com raízes profundas de desigualdade de acesso a bens, direitos e condições dignas de vida e morte.

A determinação social da saúde evidencia que o padrão de adoecimento da população está diretamente relacionado às formas históricas de organização da produção, da reprodução social e das relações de poder na sociedade. Na sociedade brasileira, as desigualdades produzidas pelo capitalismo dependente, inserção tardia e periférica, bem como as fragilidades das classes sociais e do Estado articulado aos interesses das elites econômicas, configuram elementos centrais do processo saúde-doença da população.

Nesse contexto, a reflexão sobre o processo de saúde-doença, revela a centralidade das determinações sociais que estruturam a vida coletiva, na medida em que esse processo não se reduz a fatores biológicos e individuais, os quais, quando apreendidos de forma isolada, tendem a ocultar as relações estruturais produtora das desigualdades. Compreender a determinação social da saúde exige, também, analisar o papel do Estado na mediação dessas contradições.

Desta forma, o próximo tópico analisa o papel do Estado na mediação dessas contradições, considerando sua atuação histórica no campo dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). A partir da perspectiva da determinação social do processo saúde-doença, problematiza-se que a abordagem dos determinantes, ao privilegiar a análise de fatores ou condições sociais de forma isolada, tende a deslocar a análise das contradições estruturais do modo de produção capitalista e das relações de classe que configuram o processo saúde-doença, conduzindo a explicações fragmentadas e, por vezes, à individualização do adoecimento.

2.2 O Estado e as intervenções históricas nos Determinantes Sociais da Saúde

A análise do processo saúde/doença a partir da perspectiva da determinação social da saúde exige considerar o papel do Estado nas mediações históricas que incidem sobre as condições de vida e trabalho da

população. Ao longo do desenvolvimento das sociedades capitalistas, o Estado passou a intervir de diferentes formas nas expressões da questão social, entre elas as condições sanitárias, epidemiológicas e de reprodução da força de trabalho. Essas intervenções não ocorreram de forma desinteressada, mas estiveram vinculadas às necessidades de regulação da ordem social e de manutenção do processo de acumulação do capital.

Assim, as políticas públicas de saúde e as ações estatais voltadas às condições sociais que influenciam no adoecimento da população devem ser compreendidas como parte das respostas históricas às contradições entre capital e trabalho. Desta forma, é necessário analisar o Estado, que passou a reconhecer e intervir sobre fatores relacionados às condições de vida, evidenciando tanto os avanços no reconhecimento da dimensão social do adoecimento quanto aos limites dessas intervenções quando situadas no interior da sociabilidade capitalista.

Sob a perspectiva marxista do Estado na sociedade capitalista, desenvolve-se uma análise crítica das estruturas sociais e econômicas, considerando que o Estado é uma expressão das relações de poder e da luta de classes, que surge com a propriedade privada e com a divisão da sociedade em classes. Para Marx (2013), o Estado é um instrumento utilizado pelas classes dominantes para manter e reproduzir suas condições de dominação e exploração.

A estrutura social e o Estado provêm constantemente do processo de vida de indivíduos determinados, mas desses indivíduos não como podem aparecer na imaginação própria ou alheia, mas sim tal como realmente são, quer dizer, tal como atuam, como produzem materialmente e, portanto, tal como desenvolvem suas atividades sob determinados limites, pressupostos e condições materiais, independentes de seu arbítrio (Marx; Engels, 2007, p.93).

O Estado tem sua raiz no antagonismo das classes sociais que compõem a sociedade civil. Portanto não se pode entender o Estado fora dessa relação. Há uma dependência ontológica entre Estado e sociedade civil, onde o Estado é entendido não como a realização da liberdade universal, mas como um produto da sociedade, moldado pela sua estrutura econômica.

Na sociedade capitalista, o Estado constitui-se a partir das relações de exploração que estruturam a sociabilidade burguesa, desempenhando papel central na manutenção e reprodução das relações sociais capitalistas. Dessa

forma, ao mesmo tempo em que administra as contradições decorrentes da questão social, também atua na legitimação da dominação de classe. Assim, quando admite a existência das expressões da questão social, tende a interpretá-las como resultantes de fatores naturais, de problemas pertencentes à esfera privada ou de insuficiências técnico-administrativas, obscurecendo suas determinações históricas e estruturais vinculadas ao modo de produção capitalista.

Como o Estado nasceu da necessidade de conter o antagonismo das classes, e como, ao mesmo tempo, nasceu em meio ao conflito delas, é, por regra, o Estado da classe mais poderosa, da classe economicamente dominante, classe que, por intermédio dele, se converte também na classe politicamente dominante e adquire novos meios para a repressão e exploração da classe oprimida. Assim, [...] o moderno Estado representativo é o instrumento de que se serve o capital para explorar o trabalho assalariado. Entretanto, por exceção, há períodos em que as lutas de classes se equilibram de tal modo que o poder do Estado, como mediador aparente, adquire certa independência momentânea em face das classes (Engels, 2012, p. 215-216).

Para Engels (2012), a emergência do Estado possui relação direta com o desenvolvimento econômico e a divisão em classes da sociedade. Nesse contexto, o Estado constitui-se como um poder com a função de conter os conflitos de classe e preservar a ordem estabelecida (Engels, 2012). Desta forma, o Estado, trata os conflitos existentes entre as classes sociais, limitando-os ao campo econômico, ocultando o caráter de classe do Estado.

Ao definir o Estado como instrumento de dominação de classe, Engels destaca que ele tende a expressar os interesses da classe economicamente dominante, que, por meio do poder político, amplia seus mecanismos de direção, dominação e exploração sobre as classes subalternas (Engels, 1981, p. 193). Entretanto, essa relação não ocorre de forma mecânica ou linear, uma vez que o Estado também se constitui como espaço de mediação das contradições e conflitos sociais.

Nesse sentido, o Estado capitalista atua buscando preservar a “ordem social”, isto é, as condições necessárias à reprodução das relações capitalistas, mas precisa, ao mesmo tempo, construir legitimidade social e responder, ainda que de forma limitada e contraditória, às demandas das classes trabalhadoras. Assim, o Estado opera como mediação dos conflitos de classe, expressando a correlação de forças presente na sociedade, ainda que, em contextos

capitalistas, tenda predominantemente à defesa dos interesses do capital (Carnoy, 1988, p. 69).

Essa compreensão é aprofundada por Lênin (1965), na obra *O Estado e a Revolução*, ao afirmar que o Estado é um órgão de dominação de classe, um órgão de submissão de uma classe por outra. Constitui-se como um poder colocado acima da sociedade com o objetivo de moderar o conflito de classes que é irreconciliável. Para Lênin, o Estado não poderia existir nem manter-se caso fosse possível reconciliar os antagonismos de classe, ainda que a democracia burguesa produza a aparência de participação e controle das instituições políticas pela classe trabalhadora.

Lenin (1965), defende a tomada de poder pela classe operária, a criação de uma nova ordem, em que a emancipação da classe trabalhadora não pode ocorrer sem a ruptura com esse aparato, o que implica a sua destruição e a construção de uma nova forma de poder. Compreende que o poder da burguesia não está somente nos indivíduos, mas na estrutura do Estado, nas trocas de governo, nos partidos políticos, que permite o controle pela classe dominante, independente de quem esteja no poder, revelando uma estrutura sólida e blindada de mudanças.

Entretanto, a análise do Estado nas sociedades capitalistas contemporâneas exige apreendê-lo não apenas em sua dimensão coercitiva, mas também em sua capacidade de produzir consenso. Em Gramsci (2024), nos *Cadernos do Cárcere*, o Estado não se restringe a um aparelho repressivo da classe dominante, mas se configura como uma relação complexa entre coerção e consenso, na qual determinadas demandas das classes subalternas podem ser absorvidas, ressignificadas e administradas. Para o autor, a dominação de classe se sustenta não somente pela força, mas também pela direção intelectual e moral exercida sobre o conjunto da sociedade. Desse modo, sociedade política e sociedade civil mantêm entre si uma unidade dialética: a primeira concentra os mecanismos coercitivos, enquanto a segunda constitui o terreno privilegiado de construção da hegemonia por meio dos aparelhos privados, como escolas, igrejas, associações e demais organizações sociais.

No marco teórico gramsciano, o Estado, enquanto dimensão da superestrutura, adquire centralidade na análise da sociedade capitalista. Ao formular uma concepção integral de Estado, Gramsci o entende como

articulação entre sociedade política e sociedade civil, isto é, entre coerção e hegemonia. Desse modo, o Estado não se reduz a um mero instrumento repressivo da burguesia, mas constitui um complexo de aparelhos por meio dos quais a classe dominante exerce tanto a força quanto a direção intelectual e moral sobre a sociedade. Assim, o Estado torna-se essencial para a conservação e a expansão do poder da classe dominante, sem deixar de ser também um terreno contraditório de disputas, no qual demandas e lutas das classes subalternas podem emergir.

Por enquanto, pode-se fixar dois grandes “planos” superestruturais: o que pode ser chamado de sociedade civil (isto é, o conjunto de organismos designados vulgarmente como “privados”) e o da “sociedade política ou Estado” planos que correspondem, respectivamente, à função de “hegemonia” que o grupo dominante exerce em toda a sociedade e àquela de “domínio direto” ou de comando, que se expressa no Estado e no governo “jurídico”. Estas funções são precisamente organizativas e conectivas (Gramsci, 2024, p. 21).

A concepção de Estado integral de Gramsci constata que o uso somente da violência e da coerção não são mais suficientes, sendo necessária a organização de novas formas de consenso empreendidas pelo Estado, por meio da formulação e disseminação de um conjunto de valores e normas políticas, sociais e culturais. A hegemonia não está limitada à sociedade civil, mas presente no Estado como hegemonia política (Carnoy, 1988, p. 91).

De forma complementar, Althusser (1971) analisa o papel dos aparelhos ideológicos de Estado na reprodução das relações de produção capitalistas. Para o autor, além dos aparelhos repressivos, que atuam pela força, existem instituições que operam pela ideologia, como a escola, a igreja, a mídia e sistema jurídico, contribuindo para a naturalização das relações sociais existentes e para a reprodução da dominação de classe. Nesse contexto, o Estado exerce papel central na reprodução social, não apenas por meio da coerção, mas também pela produção de consenso e pela difusão de ideologias que sustentam a ordem capitalista (Carnoy, 1988, p. 123).

A ideologia da classe dominante não se torna a ideologia dominante por graça de Deus, nem mesmo em virtude da tomada do poder do Estado. É pela instalação dos aparelhos ideológicos de Estado, nos quais essa ideologia se realiza, que ela se transforma na ideologia dominante (Althusser, 1971, p. 185).

A luta de classes encontra respaldo na atuação dos aparelhos ideológicos do Estado, por meio dos quais a classe dominante dissemina sua ideologia com o objetivo de assegurar a manutenção da submissão da classe trabalhadora, levando os sujeitos a naturalizarem seu lugar nas relações sociais. Desta forma, a classe dominante mantém o poder não somente pela força, mas pelo consenso ideológico, e o Estado tem um papel importante na reprodução, pois capacita as classes dominantes a garantir sua dominação sobre a classe operária, assegurando assim às primeiras a sujeição da última ao processo de extração da mais-valia (Althusser, 1971, p. 137).

A partir dessa perspectiva, torna-se possível compreender que a intervenção do Estado nas condições sociais de vida, incluindo aquelas relacionadas ao processo saúde/doença, ocorre de forma historicamente situada e marcada por contradições. Ao mesmo tempo em que o Estado implementa políticas públicas voltadas à proteção social e à melhoria das condições de saúde da população, tais intervenções permanecem condicionadas pelos limites impostos pela sociabilidade do capital e pelas relações de poder que estruturam a sociedade.

A história da sociedade é a história da luta de classes, expressa no antagonismo entre aqueles que detêm os meios de produção e aqueles que vendem sua força de trabalho (Marx; Engels; 1997, p. 29). Nessa perspectiva, o Estado atua como instância atravessada por interesses em disputa, respondendo de maneira tensionada às diferentes classes sociais. No que se refere às políticas sociais, estas não se configuram como dádivas, mas como resultados de processos históricos de lutas. No campo da saúde, essa dinâmica se materializa nas condições desiguais de vida e trabalho, que incidem diretamente sobre os processos de saúde-doença e morte da população.

Ao longo do desenvolvimento do capitalismo, a intensificação da urbanização, da industrialização e da concentração populacional nas cidades produziu profundas alterações nas condições de vida da população trabalhadora, ampliando a ocorrência de epidemias, doenças relacionadas ao trabalho e problemas sanitários coletivos. Nesse contexto, a saúde passou a se constituir progressivamente como objeto de intervenção estatal, especialmente na medida em que o adoecimento da população afetava a reprodução social e a capacidade produtiva da força de trabalho.

Segundo o sanitarista italiano Berlinguer (1988), a constituição da saúde pública moderna está diretamente relacionada à necessidade de enfrentamento dos problemas sanitários decorrentes do desenvolvimento do capitalismo industrial. Ao dispor da saúde nas fábricas como seu objeto de estudo, o autor justifica que lá tudo é mais intenso e violento, pois o verdadeiro agente nocivo na fábrica é o capital e a exploração do trabalho.

As primeiras políticas sanitárias organizadas na Europa, datam o século XIX em meio às tensões sociais decorrente do declínio nos indicadores de saúde nas cidades e o movimento por melhores condições de trabalho. Diante das epidemias, evidenciou-se não apenas a deterioração das condições de saúde nas cidades, mas também a natureza social dessa deterioração. As ações estiveram prioritariamente voltadas para a melhoria das condições urbanas nos bairros operários, com o intuito de preservar a ordem social, assegurar a produtividade do trabalho e evitar crises sanitárias que pudessem comprometer o funcionamento da economia.

Nesse período, tem-se o surgimento da medicina social como marco na compreensão da relação entre saúde e condições sociais de vida. Rudolf Virchow (2008) realizou um estudo importante da epidemia de tifo na Alta Silésia, em 1847, e de tuberculose em Berlim, em 1849, onde, num recorte por classes, conseguiu visualizar a determinação social na distribuição de enfermidades. Foi o primeiro a salientar que era necessária a criação de serviços de saúde pública, estatais e integrados, pois as doenças não eram apenas fenômenos biológicos individuais, mas expressão das condições sociais e econômicas nas quais vivem as populações.

Assim, os problemas de saúde estavam diretamente relacionados às formas de organização da sociedade, e a criação de serviços de saúde, dissociada de medidas voltadas a transformações sociais básicas, somente levaria à sobrecarga de trabalho e impotência dos profissionais diante das condições sociais que envolvem o adoecimento. Virchow já antecipava elementos atuais da prevenção de doenças e sobre a responsabilidade estatal na garantia de seguridade material aos cidadãos, bem como do direito universal ao trabalho (Da Rocha; Akerman, 2016, p. 19).

Ao longo do século XX, especialmente no período posterior à Segunda Guerra Mundial, a ampliação das políticas sociais e a consolidação do Estado

de Bem-Estar Social nos países centrais do capitalismo emergiram como respostas às contradições entre capital e trabalho e às pressões sociais por ampliação de direitos.

A origem e abrangência do Estado de Bem-estar social, tal como foi, consolidaram-se após a Segunda Guerra Mundial, em consonância com a expansão das políticas sociais. Segundo Behring e Boschetti (2006), o termo Welfare State teve origem na Inglaterra; na França, utilizou-se a expressão Estado de Providência; e, na Alemanha, a denominação Estado Social. Isso significa que o Estado de bem-estar social se desenvolveu de forma diferente conforme o país, sendo o modelo inglês de Welfare State, baseado nos ideais beveridgeanos (orientados por políticas sociais universais e não contributivas), uma de suas expressões mais amplas.

O Welfare State é um resultado necessário das profundas transformações desencadeadas a partir do século XIX, é fruto do capitalismo na busca por sua legitimação social. Arretche (1995) traz algumas construções teóricas segundo os condicionantes da emergência e desenvolvimento do Estado de bem estar social, que são predominantemente de ordem econômica. Trazendo a referência do autor O'Connor (1977), este explica que as sociedades capitalistas avançadas, criam estruturalmente problemas endêmicos e necessidades não atendidas, em que o Welfare State é uma tentativa de compensar os novos problemas criados nestas sociedades.

O Estado capitalista tem de tentar desempenhar duas funções básicas e muitas vezes contraditórias: acumulação e legitimação [...]. Isto quer dizer que o Estado deve tentar manter, ou criar, as condições em que se faça possível uma lucrativa acumulação de capital. Entretanto, o Estado deve também manter ou criar condições de harmonia social. Um Estado capitalista que empregue abertamente sua força de coação para ajudar uma classe a acumular capital à custa de outras classes perde sua legitimidade e, portanto, abala a base de suas lealdades e apoios. Porém, um Estado que ignore a necessidade de assistir o processo de acumulação de capital arrisca-se a secar a fonte de seu próprio poder, a capacidade de produção deste excedente (e de outras formas de capital) (O'Connor, 1977, p. 19).

Para Wilensky (1975), o crescimento econômico e seus resultados demográficos e burocráticos são a causa fundamental da emergência generalizada do Welfare State. O surgimento de programas sociais é um desdobramento necessário posto pela industrialização, assim como de padrões mínimos garantidos pelo governo. Wilensky reforça que os gastos com os

programas sociais só são possíveis por conta da correlação entre as variáveis do crescimento industrial, com a produção de um excedente nacional suficiente para financiá-los. Esses problemas sociais são resultados das mudanças sociais desencadeadas pela industrialização.

[...] afirma que os fatores de diferenciação não são de ordem cultural, mas estrutural, mostrando a fraca correlação entre sistema político e desenvolvimento do Estado de Bem-Estar e uma alta correlação entre “nível de desenvolvimento econômico” e “esforço de seguridade” (gasto estatal) (Wilensky, 1975, p. 28-30).

Para Esping-Andersen (1991), há distintas formas de desenvolvimento do Welfare State, sendo um processo de organização da classe trabalhadora. O regime social-democrata é construído por um sistema de proteção social abrangente, universal e de benefícios garantidos como direito desvinculado de contribuição. Já o modelo conservador, presente nos países em que o catolicismo teve forte influência nos movimentos operários, são marcados por corporativismo e por esquemas de estratificação ocupacional. O modelo liberal refere-se a maximizar o status de mercadoria do trabalhador e distingue os beneficiários segundo critério de mérito, além de estabelecer limites à intervenção estatal.

Em vez que tolerar um dualismo entre Estado e mercado, entre a classe trabalhadora e a classe média, os social-democratas buscaram um Welfare State que promovesse a igualdade com os melhores padrões de qualidade, e não uma igualdade das necessidades mínimas, como se procurou realizar em toda parte. Isso implicava, em primeiro lugar, que os serviços e benefícios fossem elevados a níveis compatíveis até mesmo com o gasto mais refinado das novas classes médias; em segundo lugar, que a igualdade fosse concedida garantindo-se aos trabalhadores plena participação na qualidade dos direitos desfrutados pelos mais ricos (Esping-Andersen, 1991, p. 109).

Vale pontuar que há um consenso quanto a generalização das políticas sociais no pós Segunda Guerra Mundial, assim como a sua institucionalização e regulação social, que ocorre por causa das políticas keynesianas e fordistas, que serão os pilares para o Estado de bem estar social surgir. Esse contexto se difere das políticas sociais dos países latino-americanos em que a regulação tardia data o final do século XX, a qual Sposati (2002) chamará de regulação social tardia.

Caracterizo como regulação social tardia os países nos quais os direitos sociais foram legalmente reconhecidos no último quartel do século XX e cujo reconhecimento legal não significa que estejam sendo

efetivados, isto é, podem continuar a ser direitos de papel que não passam nem pelas institucionalidades, nem pelos orçamentos públicos. Portanto, não cessa a luta dos movimentos pela inclusão de necessidades de maioria e de minorias na agenda pública. Embora estejam inscritos em lei, seu caráter difuso não os torna autoaplicáveis ou reclamáveis nos tribunais (Sposati, 2002, p. 02).

A expansão dos sistemas de proteção social esteve relacionada a necessidade de estabilização das sociedades capitalistas no pós guerra, como resposta às pressões dos movimentos sociais, às demandas da classe trabalhadora e às necessidades de reprodução da força de trabalho em economias industriais complexas (Navarro, 2009, p. 440).

No campo da saúde coletiva latino-americana, a partir das décadas de 1960 e 1970 temos um debate aprofundado por meio da crítica às interpretações reducionistas do processo saúde doença. No Brasil, esse debate ganha forma com o movimento da Reforma Sanitária a partir da década de 1970, que passa a defender a saúde como direito social. Conforme Paim (2008), a Reforma Sanitária representou não apenas uma proposta de reorganização do sistema de saúde, mas também um projeto político orientado pela defesa da democracia, da ampliação dos direitos sociais e da construção de políticas públicas voltadas à redução das desigualdades sociais.

Assim, a Constituição Federal brasileira incorporou a concepção ampliada de saúde, reconhecendo os fatores como alimentação, moradia, trabalho, renda, saneamento básico entre outros como fundamentais para a produção da saúde, assim como instituiu o Sistema Único de Saúde, sob a perspectiva do reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado. Entretanto, a atuação do Estado nas políticas sociais segue marcada pelas contradições, refletindo as tensões entre as demandas por ampliação de direitos sociais e os limites impostos pela lógica de acumulação do capital (Fleury, 2009).

A partir dos anos 1990, o Brasil passa a implantar um conjunto de medidas de contrarreforma promovendo o enxugamento do Estado e o redirecionamento de suas ações com o processo de redução das Políticas Públicas, particularmente àquelas denominadas Políticas de corte social. Com a influência do projeto neoliberal, reorientando o sistema de proteção social, e no caso brasileiro, alterando a perspectiva universalista incorporada a partir da

CF/1988, ganha espaço a concepção de estado neoliberal, com atuação limitada e condicionada ao mercado.

Submissão da política social ao crescente poder do capital sobre o trabalho e da capacidade daquele de impor as definições das necessidades pessoais e sociais. A sua meta, sob a ingerência direta do capital, deixa de ser qualitativa e variada, como o são as demandas e necessidades das pessoas e grupos, e passa a ser quantitativa e singular, à semelhança das necessidades do capital, que se resumem na expansão e na maximização do lucro – condição universal para a completa sobrevivência do capitalismo. Este é o objetivo mais importante do capital, para cujo alcance destrói todos os demais valores humanos e transforma tudo em mercadoria ou em valores de troca, carreadores de lucros. A política social se defronta aí com objetivos de bem-estar propiciados, fragmentadamente, pelo mercado, que só atende a quem pode comprar. Mas, por não poder suplantá-los, tal política adapta-se à função residual que lhe é reservada de aliviar, junto aos pobres, os sofrimentos causados pela debilitação de sua condição de cidadãos (Pereira, 2013, p. 19).

Essa lógica é instaurada no bojo do processo de contrarreformas do Estado. No Brasil, houve um tensionamento entre um projeto de caráter universalista e democrático, respaldado na participação e controle popular, na universalização de direitos e primazia do Estado na condução das políticas públicas, e outro com vertente neoliberal, que indicava a subordinação dos direitos sociais à lógica orçamentária e da política social à política econômica (Castro, 2018, p. 33)

Os processos de privatização, focalização e redução da proteção social passaram a limitar a capacidade do Estado de intervir de forma estruturante nas condições sociais que influenciam o processo saúde/doença. O Estado seria responsável por garantir o mínimo de serviços aos que não podem pagar e o setor privado, responsável pelos que acessam o mercado (Castro, 2018, p. 35).

A ofensiva neoliberal colocará o mercado como mediador da sociedade e reduzirá as funções sociais do Estado, que passa a intervir nas camadas da população que não possuem poder aquisitivo para fazer uso dos serviços privados. Para Bresser-Pereira (1999), através da premissa de Reforma do Estado, era necessário trazer para o Estado a eficiência administrativa, transpor para os serviços públicos a eficiência econômica que os mercados asseguram à produção de bens e serviços.

A Reforma do Estado tinha como objetivos implantar uma cultura gerencial, garantir a propriedade e o contrato, a autonomia e a capacitação gerencial do administrador público e assegurar a democracia através da

prestação de serviços públicos para o cidadão cliente. Assim, a solução da crise seria a reconstituição do mercado, a competição e o individualismo, através da eliminação da intervenção do Estado na economia e da redução das funções relacionadas ao bem-estar social (Castro, 2018, p. 37).

É nesse sentido, que a Reforma do Estado será direcionada com o intuito de liberar a circulação de capital e ampliação de mercados. A privatização se torna elemento central no projeto neoliberal, devendo os setores estratégicos geridos pelo Estado serem repassados a iniciativa privada. No âmbito das políticas sociais, o caráter recessivo das políticas econômicas provocou cortes lineares nos gastos sociais. De forma geral, a ofensiva do grande capital trouxe estratégias de desregulamentação, flexibilização e privatização das políticas, serviços e direitos sociais (Netto, 1999).

A reforma na área da saúde foi subordinada aos princípios da eficiência, efetividade e economia dos gastos públicos e direcionada para a privatização. As políticas passaram a ser alvo da contenção de gastos e a universalização do acesso à saúde é atacada como uma das causas da elevação do déficit público. Segundo Berlinguer (1988), a saúde é vista como mercadoria, pois a sociedade capitalista cria doenças que são distribuídas de forma desigual, e permite que sejam tratadas na proporção direta das riquezas materiais e inversa às necessidades de saúde.

Os chamados novos modelos de gestão, trouxeram novo cenário para a saúde no Brasil. A partir dos anos 2000, houve continuidade e aprofundamento dessas diretrizes, com expansão das Organizações Sociais (OSs) e de outras formas de gestão indireta, inclusive durante o período de governos do Partido dos Trabalhadores. Esse movimento ocorre em paralelo à expansão do setor privado de saúde, com formação de grandes conglomerados empresariais, articulados ao capital financeiro.

Os governos Lula (2003-2010) e Dilma (2011-2016) seguiram em linhas gerais a mesma política de perspectiva de uma hegemonia neoliberal, ou seja, mantiveram as orientações da política econômica e de gestão do trabalho com: a abertura comercial, a desregulamentação financeira, a privatização, o ajuste fiscal e o pagamento da dívida, a redução dos direitos sociais, a desregulamentação do mercado de trabalho, a desindexação dos salários e a contrarreforma da previdência (Andreazzi; Bravo, 2014, p. 502).

No que tange aos projetos relacionados às reformas da administração pública e da saúde, tem-se a defesa de pautas como a redução dos gastos, em prol do aumento de eficiência.

Como medidas práticas, estabelecem a flexibilização de procedimentos, a separação entre formulação e implementação e a introdução de elementos de mercado na administração pública. Propõem também novas formas de provisão dos serviços, baseadas na criação de entidades não estatais, na descentralização e na privatização de funções públicas, tendo como pré-requisito a redução do tamanho do Estado e dos gastos públicos (Andreazzi; Bravo, 2014, p. 501).

No contexto da saúde, as reformas tendem a promover a descentralização, o fomento à criação de mercados privados de seguros, a introdução de co-pagamentos nas unidades públicas de saúde e a focalização do Estado nas populações ditas pobres. Tem-se a separação entre financiamento e provisão dos serviços, a transferência da gestão pública para as entidades de direito privado, a introdução da lógica gerencial, a focalização das políticas públicas e a restrição da atuação do Estado.

Esse modelo permite terceirizações, precarização do trabalho, com flexibilizações de contratos e alta rotatividade, além da apropriação privada dos recursos públicos. A contrarreforma da saúde expressa uma reconfiguração do papel do Estado, que mantém o financiamento público, mas transfere a gestão e parte dos benefícios ao setor privado, aprofundando as contradições entre o que é de direito e dever do Estado. Assim, evidencia-se a reorganização do Estado com a articulação dos serviços públicos com vistas à atender às exigências do capital e aos interesses econômicos.

A materialidade dessa contrarreforma do Estado está na privatização da gestão de unidades públicas, especialmente via Organizações Sociais (OSs) e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), assim como as Fundações Públicas de Direito Privado (FPDP), institucionalizadas por legislações dos anos 1990 e 2000, que tem em comum a natureza jurídica de direito privado, com fomento de recurso público. Esse processo foi impulsionado por mecanismos como a Lei de Responsabilidade Fiscal, que limitou gastos com pessoal e favoreceu a adoção de modelos de gestão indireta (Andreazzi; Bravo, 2014, p. 502).

Como exemplo desse novo modelo de gestão, temos o surgimento no cenário federal da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)², que é uma empresa pública de direito privado, com patrimônio próprio e capital integral da União, criada pela Lei nº 12.550/2011 e vinculada ao Ministério da Educação, com a função de gerir hospitais universitários federais. Nessa lógica, no Maranhão, através da Lei Estadual nº 9.732, é criada a Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (EMSERH), vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, responsável pela gestão de diversas unidades de saúde do estado.

Contudo, no cenário maranhense, tem-se a atuação de mais OSs como: Instituto Acqua, Invisa, Iadvh e Abeas, todas com atuação nacional, voltadas para o gerenciamento em diversos níveis de complexidade no âmbito do SUS. Esse movimento não se restringe a uma estratégia somente administrativa, mas corrobora com a lógica de transferência da gestão de unidades públicas para entes privados, sob a justificativa de maior eficiência, flexibilidade e capacidade de resposta às demandas do sistema de saúde.

[...] os projetos levados a efeito por organizações privadas apresentam uma característica básica, que os diferencia: não se movem pelo interesse público e sim pelo interesse privado de certos grupos e segmentos sociais, reforçando a seletividade no atendimento, segundo critérios estabelecidos pelos mantenedores (Iamamoto, 2006, p. 31).

Além disso, a presença dessas OSs se articula com a flexibilização das relações de trabalho, com a pejotização³ (nos casos da contratação de médicos, pessoas físicas contratadas como pessoas jurídicas), a fragilidade dos mecanismos de controle e fiscalização, bem como a possibilidade de aprofundamento de práticas de terceirização e quarteirização dos serviços, o que pode comprometer a transparência e a qualidade da atenção prestada. Segundo Granemann (2011, p. 54), esses modelos de gestão constituem formas de privatização mais difíceis de serem desveladas, a qual chama de privatizações

² Em 2026, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada pela Lei nº 12.550/2011, passou a adotar a denominação/marca institucional “HU Brasil”, conforme divulgação oficial do Governo Federal/Ministério da Educação. A mudança foi apresentada como atualização da identidade institucional da estatal, vinculada ao MEC, sem indicar sua extinção formal ou substituição jurídica por outra empresa.

³ Trata-se de referências à pessoa jurídica (PJ), que é falsamente apresentada como “trabalho autônomo” visando mascarar relações de assalariamento efetivamente existentes e, desse modo, burlar direitos trabalhistas (Antunes, 2018, p. 30).

não clássicas, pois ditam os mecanismos que operarão com mais ou menos Estado.

A reconfiguração do papel do Estado, orientada pela lógica neoliberal e pela redução das responsabilidades públicas no campo do bem-estar social, repercutiu também nas formulações teóricas e políticas sobre saúde. Contrariam a legislação do SUS, promovem o repasse do fundo público para o setor privado e ameaçam os direitos sociais, em que os recursos financeiros estão acima das necessidades da população (Correia, 2006, p. 31).

A contrarreforma do Estado incide diretamente sobre as políticas sociais, encontrando na saúde um de seus principais espaços de materialização. Nesse contexto de reconfiguração das formas de intervenção estatal, especialmente a partir das transformações societárias dos anos 1990, não apenas as estruturas institucionais no campo da política de saúde são tensionadas, mas a compreensão do processo de saúde-doença. O conceito de determinação social do processo de saúde-doença passa a ser questionado e progressivamente deslocado, sendo substituído pela noção de Determinantes Sociais da Saúde (DSS), vinculada aos fatores que interferem nas condições de vida e saúde da população.

Desta forma, o debate internacional passou a incorporar com maior intensidade a noção de Determinantes Sociais da Saúde (DSS), especialmente a partir das iniciativas da Organização Mundial de Saúde (OMS). Por mais que represente um avanço frente às interpretações biomédicas do processo de saúde-doença, essa abordagem mascara, fragmenta e reduz a realidade, contribuindo para uma ideologia dominante de responsabilização do indivíduo e minimizando as sequelas deixadas pelo modo de produção vigente:

Com base nesse modelo, compreende-se os determinantes sociais da saúde como fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que, de algum modo, impactam no processo de saúde-doença. A análise autonomizada desses aspectos em relação às bases fundantes do modo de acumulação capitalista, esvaziada de historicidade, provoca uma interpretação fragmentada e reducionista da realidade, reiterando a lógica contida nos princípios positivistas do processo de saúde-doença, pois ao encobrir a essência da dinâmica social da qual deriva o adoecimento da população – e/ou seu agravamento –, faz com que os problemas sociais e de saúde sejam entendidos como exógenos ao capitalismo (Breilh, 2013; Pereira; Souza, 2017).

É importante salientar que embora sejam apresentados como sinônimos, determinação social da saúde e determinantes sociais da saúde possuem concepções distintas. O avanço das agendas neoliberais a partir da década 80/90 do século XX, também passam a definir a agenda da OMS, com o marco da formação da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), em 2005, por meio da concepção de denúncia das iniquidades em saúde reiterando o paradigma dominante que sistematicamente tem negado a dimensão social das desigualdades em saúde, privilegiando abordagens biologicistas, culturalistas e, principalmente, aquelas que têm explicado as desigualdades em saúde como efeitos de decisões pessoais e estilos de vida pouco saudáveis.

Em termos gerais, a CDSS propôs um modelo segundo o qual existem dois tipos de Determinantes Sociais da Saúde: os determinantes estruturais e os determinantes intermediários.

Os determinantes estruturais terão impacto na equidade em saúde e no bem-estar através da sua ação sobre os determinantes intermediários. Daí a diferenciação entre 'determinantes estruturais das iniquidades em saúde' e 'determinantes intermediários da saúde', que em conjunto constituem os 'Determinantes Sociais da Saúde' na proposta da CDSS, que veio a se consolidar principalmente no marco conceitual e no relatório final (Borde; Hernández-Álvarez; Porto; 2015, p. 844).

A proposta da CDSS, concentra-se na identificação de desigualdades socialmente produzidas a partir de fatores mensuráveis e empiricamente observáveis, o que tende a restringir a compreensão das raízes estruturais dessas desigualdades. Ao não aprofundar a análise das relações de poder e dos processos de exploração, dominação e marginalização que estruturam as hierarquias sociais, categorias como classe, raça/etnia e gênero deixam de ser tratadas como elementos constitutivos da dinâmica do sistema capitalista.

Assim, embora represente um avanço ao reconhecer a dimensão social da saúde, essa abordagem mantém uma perspectiva limitada, ao privilegiar fatores visíveis e mensuráveis sem problematizar as bases históricas e estruturais que produzem e reproduzem as desigualdades sociais em saúde. O Relatório Final da CDSS publicado em 2008 não considerou alguns processos estruturais considerados centrais na produção e reprodução das desigualdades sociais em saúde, que atuam diretamente sobre as condições de vida, trabalho

e acesso a direitos das populações (Borde; Hernández-Álvarez; Porto; 2015, p. 846).

Esses processos não são fatores isolados, mas dinâmicas estruturais que organizam as hierarquias sociais e distribuem desigualmente riscos e proteção à saúde, como a exploração e precarização do trabalho, o racismo, as desigualdades de gênero, entre outros exemplos, que limitam o cuidado integral à saúde e reproduz as desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Dessa forma, a análise do papel do Estado nas sociedades capitalistas permite compreender que as políticas sociais e de saúde são produzidas no interior de relações sociais contraditórias, nas quais coexistem avanços no reconhecimento de direitos e limites estruturais impostos pela lógica de acumulação do capital. Nesse contexto, o próximo capítulo busca problematizar o conceito de Determinantes Sociais da Saúde no contexto do neoliberalismo, examinando suas formulações e limites, bem como as concepções que têm sido apreendidas no campo das políticas públicas em saúde.

A vida me fez de vez em quando pertencer, como se fosse para me dar a medida do que eu perco não pertencendo. E então eu soube: pertencer é viver.
- Clarice Lispector

3 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (DSS) NO NEOLIBERALISMO: FRAGMENTAÇÃO DA REALIDADE E GESTÃO DAS DESIGUALDADES

Viver é a coisa mais rara do mundo.
- Oscar Wilde

A partir do século XIX, já era possível compreender que o processo de saúde-doença estava diretamente relacionado às desigualdades sociais, e às precárias condições de vida e de trabalho, produzidas pelas relações de exploração do trabalho (Rocha; David, 2015). A saúde passa a ser um interesse coletivo, onde compreender e explicar esse processo é fruto de teorias, discussões e diálogos que logo formaram modelos explicativos da relação de uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população (Pinheiro; Akerman, 2020, p. 47).

A expressão desigualdade social designa um fenômeno inerente ao desenvolvimento do capitalismo, cujas determinações históricas situam-se no âmbito da relação dialética e contraditória entre o crescimento da riqueza e a pauperização relativa e absoluta, agudizada ou minimizada em contextos históricos diversos, mas insuprimível na sociedade regida pela apropriação privada da riqueza e a exploração do trabalho, como é o caso da sociedade capitalista (Mota, 2024, p. 158).

Ao trazer para a discussão as neoplasias malignas, o câncer se apresenta como uma das expressões mais evidentes dessas desigualdades, na medida em que sua ocorrência, distribuição e desfechos estão diretamente relacionados às condições concretas de vida, trabalho e acesso a direitos, ultrapassando a dimensão estritamente biológica da doença. Estima-se que no triênio de 2026-2028, teremos a ocorrência de 781 mil novos casos por cada ano no Brasil (Inca, 2026, p. 33), sendo uma das principais causas de morbimortalidade no país. Esses números, contudo, não se distribuem de forma homogênea entre a população brasileira.

A constituição da OMS, em 1948, reconhece que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença, trazendo em seu preâmbulo um conceito precursor dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), posteriormente reiterado na Conferência de Alta-Ata,

em 1978, e na Carta de Ottawa, de 1996 (Pellegrini Filho, 2011). Como já sinalizado no corpo do texto, o conceito de DSS representa um avanço em relação as interpretações biomédicas do processo saúde-doença, ao incorporar em seu conceito, a dimensão social como elemento importante para a compreensão das condições de saúde das populações.

Contudo, sua incorporação no âmbito das políticas públicas não ocorre desvinculada de disputas ideológicas e projetos societários. No contexto do neoliberalismo, tem-se a apropriação deste conceito por parte dos organismos internacionais, que o ressignificou, alterando o seu sentido original no intuito de fortalecer a manutenção da ordem social e econômica vigente. No caso do câncer, essa lógica se expressa na ênfase em fatores de riscos individuais e comportamentais, muitas vezes descolados das condições estruturais que determinam a exposição desigual a tais riscos.

Ocorre que a abordagem dos DSS tende a privilegiar a identificação e a mensuração de fatores como renda, escolaridade, entre outros, sem aprofundar a análise das determinações históricas e estruturais que produzem as desigualdades em saúde. Assim, o foco recai sobre um conjunto de variáveis fragmentadas, passíveis de intervenções pontuais, o que dilui a análise das causas estruturais, como o modo de produção, a acumulação do capital e a desigualdade de classes. No que diz respeito ao câncer, essa fragmentação se traduz na tendência de associar a doença a comportamentos individuais ou a exposições isoladas, obscurecendo o papel das condições de trabalho, da organização social e das políticas públicas na produção desse agravo.

Sob a lógica neoliberal, o conceito pode orientar políticas mais focalizadas e compensatórias, ao mesmo tempo em que oculta as contradições inerentes ao modo de produção capitalista, responsável pela produção e reprodução das condições de vida e saúde. Nesse cenário, as desigualdades relacionadas ao câncer não são enfrentadas em sua raiz, mas geridas por meio de ações pontuais que não alteram as estruturas que produzem o adoecimento.

Assim, este capítulo traz a necessidade de problematizar o conceito de Determinantes Sociais da Saúde, articulado à noção de iniquidades em saúde, evidenciando a sua utilização que em determinados contextos, está reduzida a uma leitura fragmentada e desprovida de mediações estruturais. Ao tomar o câncer como expressão concreta dessas desigualdades, busca-se evidenciar

que o processo de adoecimento e morte não pode ser compreendido fora das condições sociais que o produzem, reforçando a centralidade da determinação social na análise do processo saúde-doença.

3.1 Modelos explicativos dos Determinantes Sociais da Saúde: desigualdades sociais em saúde e interface com o câncer

O motivo e a causa do adoecimento da população, é uma discussão que sempre esteve presente na humanidade. As abordagens ancoravam em perspectivas de cunho religioso, orgânicas, ambientais, biológicas, até que passaram a incorporar a dimensão social como elemento do processo de saúde-doença (Pinheiro; Akerman, 2020, p. 46). Desse modo, observa-se um percurso histórico que ampliou as interpretações do adoecer, reconhecendo a influência das condições de vida, de trabalho e de classes na sociedade.

No âmbito das neoplasias malignas, enquanto uma doença secular, evidencia-se que já esteve associada a castigo divino, a uma forma de punição, compreendida como um conjunto de mais de 100 doenças. Porém, não pode ser limitado apenas a uma explicação orgânica, haja vista que expressa a reprodução desordenada de células malignas. Trata-se de um processo profundamente atravessado pelas condições sociais, que determinam tanto a exposição aos fatores de risco quanto o acesso ao diagnóstico, às possibilidades de tratamento e aos cuidados no fim da vida.

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) formulou uma nova concepção de saúde, definindo-a como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença. Em 1978, com a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, e, em 1986, com a Carta de Ottawa, a discussão sobre os determinantes sociais da saúde ganhou maior notoriedade, ao evidenciar que o processo saúde-doença é condicionado por fatores sociais, econômicos, políticos e culturais.

Esse debate é retomado entre o final da década de 1990 e os anos 2000, período em que a relação entre desigualdade social e saúde passa a compor a

agenda mundial sob a liderança de organismos internacionais, em especial a OMS, em consonância com as mobilizações em torno dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Carvalho, 2013; Souza; Silva; Silva, 2013).

Como expressão desse movimento, destaca-se a criação, em 2005, da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), com o objetivo de promover, em âmbito internacional, o reconhecimento da relevância dos determinantes sociais da saúde e da necessidade de combate às iniquidades em saúde. No Brasil, em 2006, foi igualmente instituída a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Embora a incorporação dos DSS nas políticas públicas tenha ampliado a visibilidade das desigualdades em saúde, seus limites permanecem evidentes diante da tendência de administrar as desigualdades sem enfrentar plenamente suas bases estruturais. Ainda assim, esse debate ganhou centralidade no cenário brasileiro com a criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que incorporou à agenda política nacional a necessidade de intervir sobre os determinantes sociais como estratégia para promoção da equidade em saúde. Em 2008, a CNDSS apresentou o relatório *“As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil”*, propondo o enfrentamento dessas desigualdades a partir de três pilares fundamentais: a intersectorialidade das ações, a participação social e a produção de evidências científicas.

Em 2010, a CDSS/OMS reafirma a sua concepção sobre os determinantes sociais da saúde, compreendendo-o em:

[...] uma perspectiva holística dos determinantes sociais da saúde. A saúde deficiente dos pobres, a gradação social na saúde dentro dos países e as desigualdades profundas entre países são provocadas pela distribuição desigual de poder, rendimentos, bens e serviços, nas escalas nacionais e global, a consequente injustiça nas circunstâncias visíveis e imediatas da população – o seu acesso a cuidados de saúde, escolas e educação, as suas condições laborais e recreativas, os seus lares, comunidades, vilas e cidades – e as suas hipóteses de usufruir de uma vida próspera (CDSS, 2010, p. 1).

Embora a CDSS reconheça a desigualdade e sua relação com as condições de vida dos mais pobres, sua abordagem não explícita, de forma crítica, a responsabilidade estrutural do modo de produção capitalista na

produção das desigualdades em saúde. A desigualdade é tratada, sobretudo, como resultado de estruturas econômicas injustas, associadas à fragilidade de políticas e programas sociais. Assim, a compreensão dos determinantes sociais da saúde tende a concentrar-se na posição ocupada pelos indivíduos na hierarquia social (CDSS, 2010), sem avançar para uma análise estrutural sobre a relação entre o modo de produção capitalista, suas bases fundantes, expressões históricas e suas implicações para as condições de vida e para o processo de saúde-doença (Silva; Souza, 2024, p. 165).

Contudo, há um ponto importante a ser problematizado: o uso da categoria “iniquidades em saúde” pode limitar a radicalidade crítica da análise, especialmente quando absorvida pelo campo institucional da saúde global, como ocorre na Organização Mundial da Saúde.

A noção de “iniquidades” parte do entendimento de que ela frequentemente desloca a análise das relações sociais de produção e da estrutura de classe para uma abordagem moral, distributiva ou gerencial das desigualdades. Em outras palavras, ao tratar as iniquidades como “diferenças injustas e evitáveis”, a discussão tende a concentrar-se na correção de distorções do sistema, e não na crítica às bases estruturais do capitalismo que produzem essas desigualdades de forma necessária.

Autores da tradição da determinação social do processo saúde-doença, como Asa Cristina Laurell, Jaime Breilh e Maria Cecília Donnangelo, criticam abordagens que fragmentam a realidade social em “fatores”, “riscos” ou “vulnerabilidades”, uma vez que tais perspectivas obscurecem o caráter histórico e estrutural do adoecimento. Assim, a desigualdade em saúde não é uma disfunção ocasional do sistema, mas expressão da própria lógica de acumulação capitalista, que produz exploração, expropriação e desigual acesso às condições de reprodução da vida. A categoria “iniquidade”, especialmente após sua incorporação pela OMS nos anos 2000, passa a operar dentro de uma racionalidade reformista e gerencial.

A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, embora reconheça a importância das condições sociais, mantém a análise em torno da “redução das desigualdades evitáveis”, defendendo maior equidade distributiva sem questionar estruturalmente as relações de exploração capitalistas. Assim, o problema deixa de ser a produção social da desigualdade e passa a ser sua

administração. Isso é coerente com o padrão contemporâneo de desenvolvimento capitalista neoliberal. O neoliberalismo não elimina totalmente as políticas sociais, ele as reconfigura para administrar níveis toleráveis de desigualdade, preservando a acumulação do capital.

Nesse contexto, a noção de “iniquidades em saúde” torna-se funcional porque permite reconhecer desigualdades sem necessariamente confrontar suas determinações estruturais. A ênfase desloca-se para estratégias focalizadas, mitigação de riscos, populações vulneráveis e gestão da pobreza, mantendo intacta a sociabilidade capitalista. Como argumenta Jaime Breilh (2006), o risco dessas formulações é transformar a questão social em um conjunto de “variáveis administráveis”, despolitizando os conflitos de classe e neutralizando a crítica ao Estado e ao capital.

De maneira semelhante, Vicente Navarro (2009) demonstra que organismos internacionais frequentemente tratam as desigualdades em saúde como problemas técnicos e não como expressões das relações de poder inerentes ao capitalismo global. Nesse sentido, privilegia-se o uso da categoria “desigualdades sociais em saúde” articulada à “determinação social do processo saúde-doença”, em vez de centralizar “iniquidades”. Isso porque “desigualdade social” permite explicitar mediações de classe, trabalho, exploração, raça, território e Estado, enquanto “iniquidade” frequentemente assume um conteúdo normativo-moral mais compatível com a linguagem institucional da OMS e das políticas focalizadas.

Há uma tendência de organismos internacionais, em questão a OMS, tratarem os determinantes sociais da forma despolitizada, desvinculada das relações de classe e das estruturas de poder do capitalismo. Não basta identificar “determinantes”; é necessário compreender quem produz essas desigualdades e quais interesses econômicos e políticos sustentam sua reprodução.

Os DSS são compreendidos pela OMS como as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, sendo que as desigualdades que se manifestam nestas condições também geram desigualdades de saúde. Essa abordagem institucional frequentemente desconsidera as relações de classe e os conflitos inerentes ao capitalismo, reduzindo desigualdades estruturais a fatores administráveis por meio de

intervenções técnicas e focalizadas. Segundo a concepção estabelecida pela OMS, entende-se que o impacto de uma determinada doença:

[...] e mesmo a vulnerabilidade a esta, está relacionado aos determinantes biológicos pré-estabelecidos (idade, sexo, predisposições genéticas, etc.) que interagem com as consequências dos processos de estratificação social a partir de critérios como gênero, etnia, classe econômica, nível de habilidade e idade. Estes processos configuram diferentes possibilidades de vida e de acesso aos serviços essenciais de proteção e promoção da saúde, de exposição às circunstâncias que trazem danos à saúde (biológicos, sociais, psicológicos e econômicos) de enfrentamento destas circunstâncias pelos sujeitos e coletividades (Pinheiro; Akerman, 2020, p. 50).

Essa concepção permanece ancorada numa leitura que naturaliza o processo saúde-doença ao atribuir a centralidade desse processo aos determinantes biológicos estabelecidos. Os limites estão no deslocamento do foco das relações sociais historicamente determinadas, para um conjunto de fatores, como a estratificação social por exemplo, que aparece como “vulnerabilidade” do sujeito sem situá-la no contexto do modo de produção capitalista, fragmentando o caráter das desigualdades em saúde

Ao mencionar classe, gênero e etnia, infelizmente tende a ser uma formulação esvaziada do seu conteúdo crítico ao não explicitar como essas determinações se articulam à lógica de acumulação do capital, responsável por produzir e reproduzir condições desiguais de vida, trabalho e acesso a direitos, como a saúde. O pressuposto de classe, raça-etnia e sexo/gênero existem objetivamente na realidade social e, por isso, suas relações podem ser apreendidas como uma totalidade complexa, onde a desigualdade social é produzida pela exploração do trabalho e esta tem sido funcionalmente hierarquizada a partir do racismo e do patriarcado (Santos, 2026, p. 02).

As disparidades no tratamento do câncer variam conforme os grupos demográficos, afetando o acesso, o tratamento e o desfecho. Pacientes lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e queer (LGBTQ+) enfrentam barreiras significativas para um atendimento oncológico equitativo, incluindo estigma, discriminação e falta de ambientes de saúde culturalmente competentes, fatores que, segundo pesquisas, contribuem para diagnósticos tardios, qualidade de atendimento comprometida e piores resultados.

Estudos recentes apontam que pacientes LGBTQ+ sobreviventes de câncer vivenciam níveis mais elevados de discriminação no contexto do cuidado

oncológico, especialmente entre adultos mais velhos, o que repercute em desconfiança em relação às instituições de saúde e menor engajamento no tratamento. Em pesquisa com 60 sobreviventes LGBTQ+ de câncer nos Estados Unidos, Viktor Clark *et al.* (2024) identificaram que participantes com 40 anos ou mais relataram níveis significativamente maiores de discriminação quando comparados aos mais jovens, associando essas experiências a processos contínuos de desconfiança em relação aos serviços e profissionais de saúde, particularmente marcados por vivências históricas de estigma e exclusão nos serviços de saúde (Clark *et al.*, 2024).

As desigualdades raciais constituem uma expressão concreta das desigualdades no acesso à saúde e aos cuidados oncológicos, evidenciando que o câncer incide na população de forma desigual. Embora a doença atinja pessoas de diferentes idades, raças, etnias e sexos, as condições de diagnóstico, tratamento e sobrevida são profundamente marcadas pelas desigualdades raciais. Estudo publicado nos Cadernos de Saúde Pública identificou que mulheres negras com câncer de mama, no Brasil, apresentam uma sobrevida cerca de 25% menor em dez anos de acompanhamento quando comparadas às mulheres brancas, evidenciando disparidades relacionadas ao acesso ao diagnóstico precoce, tratamento oportuno e continuidade do cuidado (Nogueira *et al.*, 2018; Vieira, 2023).

Essas desigualdades tornam-se ainda mais evidentes no câncer do colo do útero, em que o risco de morte é mais que o dobro entre mulheres negras em comparação às mulheres brancas, chegando a ser seis vezes maior entre mulheres indígenas. Além disso, mulheres negras possuem menor chance de acesso ao aconselhamento genético e à realização de testes de predisposição hereditária ao câncer, revelando barreiras estruturais que atravessam o cuidado oncológico e reafirmam como raça, classe e acesso desigual às políticas públicas influenciam o processo saúde-doença e os desfechos em saúde (Vieira, 2023, p. 1).

As disparidades na assistência ao câncer são impulsionadas por uma complexa interação de desigualdades que se manifestam tanto dentro quanto fora do sistema de saúde, e possui raízes no racismo e suas múltiplas dimensões: estrutural, institucional e interpessoal. Pacientes negros/as, nesse contexto, também são mais propensos a relatar necessidades não atendidas de

tratamento oncológico, incluindo cuidados de suporte. A disparidade racial no acesso a cuidados paliativos especializados é um fenômeno amplamente documentado na literatura internacional.

Compreender essas disparidades exige situar o racismo não como fenômeno interpessoal isolado, mas como estrutura que organiza a sociedade brasileira. Para Almeida (2019, p. 37), o racismo estrutural é aquele que estabelece uma ordem social em que determinados grupos são sistematicamente colocados em posição de desvantagem, não por questões individuais, mas pela reprodução de processos históricos inscritos nas instituições, nas políticas públicas e nas práticas cotidianas.

No campo da saúde, esse racismo se manifesta de diferentes formas, na oferta reduzida de serviços nos territórios majoritariamente negros, na subestimação da dor de pacientes negros/as por profissionais de saúde, na ausência de quesito raça/cor nos prontuários ou fichas das unidades de saúde e na invisibilidade das especificidades da saúde da população negra nas políticas públicas.

Estudos demonstram que pacientes negros/as têm menor probabilidade de se inscrever em programas de hospice⁴ e apresentam taxas mais baixas de analgesia adequada para a dor oncológica em comparação a pacientes brancos/as. Essa realidade se estende ao ambiente institucional, instituições de longa permanência com maior proporção de residentes negros/as oferecem significativamente menos serviços de cuidados paliativos do que aquelas com menor presença desse grupo, disparidade que persiste mesmo após o ajuste para fatores socioeconômicos e características da comunidade (Estrada *et al.*, 2021, p. 1).

No que diz respeito especificamente ao manejo da dor, as evidências são contundentes. Pessoas negras com câncer avançado têm menor probabilidade de receber opioides para alívio da dor nas últimas semanas de vida do que pacientes brancos/as. Pacientes negros/as possuem menos acesso a cuidados paliativos especializados, recebem menos analgesia e são

⁴ O cuidado hospice, este último praticado em locais especialmente construídos para receber pacientes que irão morrer em um tempo não muito distante, conhecidos como hospices (Floriani; Schramm, 2010, p. 166).

submetidos a mais terapia off-label⁵ no fim de vida (Vieira, 2023, p. 2). Tais diferenças não decorrem apenas de variáveis socioeconômicas, mas das disparidades raciais no tratamento da dor, e nos fatores relacionados ao acesso e às necessidades.

Um dos elementos que contribuem para esse subtratamento é a reprodução de assimetrias estruturais no âmbito clínico. Uma metanálise que sintetizou 20 anos de estudos sobre disparidades no tratamento da dor nos Estados Unidos constatou que afro-americanos eram menos propensos do que qualquer outro grupo a receber analgésicos. Quanto ao manejo da dor oncológica em pacientes negros/as, estes têm maior probabilidade de receber analgésicos que podem gerar mais toxicidade no organismo (Jones *et al.*, 2022, p. 431).

Diante desse quadro, evidencia-se que as disparidades na assistência ao câncer não se restringem ao acesso ou à qualidade dos serviços de saúde, mas expressam desigualdades mais amplas que atravessam as condições de vida e de inserção social dos indivíduos. A menor oferta de cuidados paliativos, o acesso desigual à analgesia e a maior exposição a práticas terapêuticas no fim de vida revelam que o processo de adoecer e morrer é socialmente determinado, sendo atravessado por marcadores estruturais como o racismo e outras formas de desigualdade.

É nesse contexto que o conceito de DSS se apresenta como uma tentativa de ampliar a compreensão do processo saúde-doença para além da dimensão biomédica, ao incorporar fatores sociais na análise das condições de saúde das populações. Contudo, ao enfatizar os elementos que contribuem para a manutenção da saúde, essa abordagem tende a deslocar o foco das condições de adoecimento e de suas determinações estruturais, especialmente em situações como o câncer, em que as desigualdades se expressam de forma mais intensa, inclusive no fim de vida.

Para a CDSS (2005), o conceito de determinantes sociais da saúde refere-se aos fatores que contribuem para que as pessoas permaneçam saudáveis, em contraposição ao auxílio oferecido quando já adoecem, deslocando, o foco da

⁵ A prescrição off-label ou não licenciada como a prescrição de medicamentos ou de produtos correlatos para indicações, usos e finalidades distintos daqueles constantes na bula aprovada pela autoridade sanitária competente (Nobre, 2013, p. 848).

atenção médica como vetor central da saúde (Pinheiro; Akerman, 2020, p. 51). Ainda que essa perspectiva represente um avanço em relação ao modelo biomédico, ela opera sob uma racionalidade funcional, pois orienta à promoção de condições favoráveis à saúde dentro da ordem social vigente, sem questionar as contradições estruturais do modo de produção capitalista que a permeiam.

Existem diversos modelos teóricos que buscam explicar a influência dos determinantes sociais sobre a saúde dos indivíduos, descrevendo as relações entre fatores gerais, os diferentes níveis de determinantes sociais e a situação de saúde. Esses modelos oferecem subsídios tanto para o direcionamento de ações sobre os determinantes sociais quanto para compreensão dos processos causais que sustentam as desigualdades na saúde (CSDH, 2007).

Dentre os principais modelos mencionados pela CDSS e pela CNDSS, destacam-se aqueles propostos por Diderichsen e Hallqvist, posteriormente adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead; por Brunner, Marmot e Wilkinson; e, por fim, o modelo de Dahlgren e Whitehead, adotado tanto pela CDSS como pela CNDSS. Todos esses referenciais são importantes formas de demonstrar os DSS e as iniquidades na saúde (conforme postulado pela OMS), sendo abordados nessa análise, a ênfase, no entanto, se volta para o último modelo que é o adotado pelo Brasil.

O modelo de Diderichsen e Hallqvist, de 1998, foi adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead, em 2001, traz como pressupostos a estratificação social e a produção de doenças, em que as posições sociais distintas ocupadas pelos indivíduos provocam diferenciais de saúde, ou seja, a posição social de saúde das pessoas determina as suas oportunidades de saúde (Pinheiro; Akerman, 2020, p. 52). De acordo com Diderichsen, Evans e Whitehead (2001):

Muitos fatores de risco individuais pressupõem (ou estão fortemente associados a) a posição social e o contexto social mais amplo – área de residência (urbana ou rural), ambiente de trabalho ou as políticas socioeconômicas vigentes. O contexto social e a posição social podem, igualmente, desempenhar um papel fundamental nas “consequências sociais” de uma doença ou lesão (Melo; Costa, 2020, p. 03).

Esse modelo influenciou, em certa medida, a CDSS, ao contemplar contextos políticos e econômicos, fatores estruturais das desigualdades em saúde e elementos intermediários relacionados às condições de vida da

população. Os fatores estruturais referem-se às posições socioeconômicas ocupadas pelos indivíduos na sociedade e, articulados aos contextos político e econômico, configuram as principais bases sociais das desigualdades em saúde.

O referido modelo entende que os grupos sociais, conforme sua posição, terão exposição desigual aos riscos de saúde, como as condições precárias de trabalho, moradia, alimentação inadequada, menos acesso aos serviços de saúde, entre outros. Compreende também que o período pós adoecimento, também reproduz desigualdades, seja de acesso, adesão, continuidade de tratamento, diferença do tratamento ofertado, a capacidade de recuperação e nos cuidados no fim da vida.

Como exemplo, é possível considerar dois pacientes oncológicos com o mesmo diagnóstico e estágio da doença: o primeiro residente na capital e o segundo no interior do estado, que necessita deslocar-se mensalmente para realizar seu tratamento, em virtude da ausência de serviços especializados em seu território. Para além do acesso ao tratamento clínico, torna-se fundamental considerar as condições concretas de permanência nesse cuidado, como os custos e desgastes do deslocamento, o afastamento do local de residência, a fragilização dos vínculos sociais e a sobrecarga imposta à família ou a um único cuidador.

Nessa perspectiva, reitera-se aqui que o processo saúde-doença não se reduz à dimensão biológica, sendo atravessado por determinações sociais que condicionam, de forma desigual, as possibilidades de acesso, continuidade do tratamento, prognóstico e finitude dos sujeitos. Assim, ainda que compartilhem o mesmo quadro clínico, as distintas inserções sociais produzem experiências diferenciadas de adoecimento e cuidado, reafirmando que as desigualdades em saúde se constituem como expressão das desigualdades estruturais da sociedade.

Desta forma, a articulação desses fatores resulta em maior morbidade, mortalidade e piora da qualidade de vida, evidenciando que as desigualdades sociais se expressam como desigualdades em saúde. Essa abordagem tende a fragmentar a análise ao enfatizar a distribuição de fatores e riscos, sem incorporar de forma substantiva as bases estruturais que sustentam a produção e reprodução das desigualdades no capitalismo.

O próximo modelo a ser discutido é o desenvolvido por Brunner, Marmot e Wilkinson (1999), que é conhecido como o das múltiplas influências no decorrer da vida, pois foca na relação entre ambiente social, experiências de vida e os resultados de saúde física. Esse modelo traz a concepção de gradiente social contínuo na saúde, onde a saúde melhora progressivamente à medida que melhora a posição social dos indivíduos. Segundo Marmot (1978), isso ocorre porque a posição social influencia as condições de vida, segurança, acesso aos serviços, autonomia e níveis de estresse.

Esse modelo ilustra como as desigualdades socioeconômicas refletidas em resultados de saúde, são consequências das diferenças de exposição ao risco ambiental, psicológico e comportamental no decorrer da vida (Pinheiro; Akerman, 2020, p. 53).

Figura 1 – Modelo das múltiplas influências no decorrer da vida de Brunner, Marmot e Wilkison (1999)



Fonte: Elaboração própria, com base em Brunner, Marmot e Wilkinson (1999).

Conforme demonstrado no gráfico acima, esse modelo busca articular o padrão social à saúde e à doença a condições materiais, psicossociais e comportamentais. Fatores genéticos, de infância e culturais também são pontuados como influências importantes sobre a saúde da população. O ponto crítico desse modelo está no deslocamento da análise das estruturas para a experiência subjetiva, assim, mantém uma análise funcionalista que foca em reduzir as desigualdades, sem explicar suas causas estruturais.

Os fatores intermediários surgem do contexto de estratificação social subjacente e determinam disparidades na exposição das condições de saúde debilitantes. Desse modo, ao privilegiar uma leitura mais descritiva dos mecanismos intermediários, acaba por obscurecer as determinações estruturais do modo de produção, limitando a compreensão das desigualdades em saúde às suas manifestações, e não às suas causas históricas e sociais mais profundas.

Como já foi ressaltado aqui neste trabalho, a população negra, por exemplo, enfrenta maiores barreiras no acesso ao diagnóstico precoce, aos cuidados paliativos especializados, e ao controle adequado da dor, além de estar mais expostas a intervenções terapêuticas no fim de vida, muitas vezes desprovidas de uma mediação qualificada do cuidado. De maneira geral, essa população possui menores níveis de adesão aos tratamentos de saúde, em razão das desigualdades no acesso e na acessibilidade aos serviços, o que compromete a proteção da vida e da dignidade humana (Quirino; Mendes; Santos, 2024, p. 16),

Em referência a continuidade do cuidado, pacientes negros/as apresentam maior probabilidade de descontinuidade nos serviços de hospice, resultando em perda de suporte no momento mais crítico do processo de adoecimento: o fim da vida. A dimensão institucional do problema agrava esse quadro, pois pacientes atendidos em hospitais que assistem majoritariamente a minorias étnicas têm menor probabilidade de receber serviços paliativos do que pacientes semelhantes em hospitais não voltados a esse perfil populacional (Collons *et al.*, 2023, p. 521).

Esse dado revela que a desigualdade não se manifesta apenas na relação médico-paciente, mas está enraizada na própria estrutura de distribuição dos serviços de saúde. Outro dado importante é a desconfiança historicamente construída por grupos raciais e étnicos em relação ao sistema de saúde que, em grande medida, é consequência de um cuidado inferior perpetuado pelo racismo estrutural de longa data (Collons *et al.*, 2023, p. 522).

Face ao exposto, podemos dizer que a crítica a esse modelo está no deslocamento da análise das estruturas para a experiência subjetiva, mantendo uma perspectiva funcionalista que busca reduzir as desigualdades sem explicitar as bases estruturais que as produzem. Assim, embora contribua para evidenciar

o caráter acumulativo das desigualdades em saúde, sua análise pode limitar-se à descrição dos efeitos, sem avançar na compreensão das determinações sociais que estruturam o processo saúde-doença, inclusive no que se refere ao adoecimento e ao morrer de câncer, principalmente no Brasil, em que pesquisas internacionais trazem como o terceiro pior país para se morrer no mundo⁶.

Por fim, tem-se a análise do último modelo que é a referência adotada pela CNDSS, refiro-me ao modelo elaborado por Dahlgren e Whitehead, de 1991, conhecido como influência em camadas. Para a CNDSS, a escolha desse modelo se justifica pela simplicidade de compreensão para diversos públicos e pela clareza de visualização gráfica dos diversos DSS (Cndss, 2008). Esse modelo dispõe os determinantes em diferentes camadas, que vão desde aquela mais próxima dos determinantes individuais até uma camada em que se situam os macro determinantes, identificando quatro níveis de atuação que não se excluem, mas se articulam de forma inter-relacionados (Rocha; David, 2015, p. 133).

Figura 2 – Modelo das influências em camadas de Dahlgren e Whitehead (1991)



Fonte: Elaboração própria, com base em Dahlgren e Whitehead (1991).

⁶ Em uma pesquisa recente sobre a qualidade dos cuidados paliativos no mundo. Foram entrevistados 181 informantes-chave de 81 países, representando mais de 80% da população mundial. Nesta pesquisa, o Brasil ficou em 79º lugar entre os piores lugares para se morrer no mundo (Rodrigues; Silva; Cabrera, 2022, p. 2).

O gráfico demonstra que nesse modelo conceitual, os resultados de saúde estão associados com a posição social dos indivíduos (Silva; Souza, 2024, p. 166). Nesse sentido, os determinantes são abordados em diferentes camadas, desde aquelas que expressam as características individuais, passando pelas que representam comportamentos e hábitos de vida, as redes comunitárias de apoio até os fatores relacionados com as condições de vida e trabalho, e por último as camadas macro determinantes, que são as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, mas não explicita as mediações estabelecidas entre os níveis indicados e as desigualdades sociais.

Analizando cada camada, na base do modelo estão as características individuais, como a idade, sexo e fatores hereditários, esse núcleo é composto por elementos de dimensão biológica do processo de saúde-doença, indicando que os indivíduos possuem diferentes predisposições para adoecer ou não. Como exemplo, é possível associar o envelhecimento populacional com o crescimento de doenças crônicas não transmissíveis, isso também pode determinar perfis epidemiológicos da população, doenças que acometem mais homens que mulheres e a faixa etária por exemplo, já no que tange os fatores hereditários, tem-se que a carga genética pode determinar a eminência de determinados adoecimentos ou não.

Contudo, essas características não atuam de forma isolada. Ainda que possam indicar determinadas predisposições, não são suficientes, por si mesmas, para explicar a ocorrência dos adoecimentos. Trazendo essa análise ao contexto do adoecimento por câncer, torna-se fundamental considerar os distintos perfis epidemiológicos entre os países do centro e os países de economia dependente. De modo geral, os países centrais, em geral mais industrializados, com maiores índices de expectativa de vida, tendem a apresentar maior incidência de determinados tipos de câncer em comparação aos países economicamente dependentes, o que evidencia a relação entre o processo saúde-doença e as condições históricas, sociais e econômicas que conformam cada realidade.

Como exemplo, podem ser discutidas as taxas de incidência do câncer de colo do útero. No ranking global, esse tipo de câncer ocupa a oitava posição em incidência. Contudo, as maiores taxas são observadas na África Subsaariana, bem como em países da América do Sul e do Sudeste Asiático. No

contexto nacional, o câncer do colo do útero também possui incidência desigual: na região Nordeste, ocupa a segunda posição entre os tipos mais incidentes, ao passo que, na região Sudeste, situa-se na quinta posição (Inca, 2026, p. 46).

No caso do câncer de colo do útero, é possível compreender as desigualdades do acesso no Brasil, embora o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibilize o exame citopatológico (Papanicolau), assim como a vacinação contra o HPV e mais recentemente do teste molecular de DNA-HPV, persistem desigualdades importantes no acesso, relacionadas a fatores como renda, escolaridade, informação, avanço do discurso conservador contra a vacinação, o controle sob os corpos de meninas e mulheres, e a organização dos serviços.

A próxima camada, denominada de estilo de vida dos indivíduos, refere-se aos hábitos alimentares, prática de atividade física, uso de substâncias psicoativas (álcool, tabaco, outras drogas), adesão a tratamentos e comportamentos, como periodicidade de exames preventivos ou de rastreamento. Essa camada pode induzir a interpretação de que o processo de saúde-doença está condicionado as escolhas individuais, desconsiderando alguns comportamentos socialmente determinados. O estilo de vida não reflete apenas escolhas individuais, mas no acesso desigual a políticas públicas, bens, serviços e direitos.

Quando se trata do adoecimento de câncer, é frequentemente associado aos comportamento individuais, tido como de risco, a exemplo o tabagismo, a não adesão a exames preventivos. Além de representar um determinado controle sobre a vida e comportamento dos indivíduos, fatores como condições de trabalho, acesso aos serviços de saúde, disponibilidade de informação qualificada devem ser problematizados, pois afetam no diagnóstico precoce, por conseguinte, o tratamento da doença em estágios mais avançados demandam de cuidados paliativos, que territorialmente não está disponível para toda população.

A camada denominada redes sociais e comunitárias, traz para a discussão do processo de saúde-doença, a importância das redes de apoio como os vínculos familiares, relações de amizade e participação comunitária, enquanto mecanismo de suporte material e emocional. O apoio e a rede social de suporte são estratégias que objetivam a melhora da qualidade vida, por serem

extensão dos recursos individuais e potencializa o enfrentamento de situações adversas (Rodrigues; Ferreira, 2012, p. 782).

No contexto do câncer, doença historicamente carregada de estigmas negativos, as redes de apoio desempenham um papel essencial no processo de diagnóstico, na adesão e no suporte durante o tratamento. Indivíduos inseridos em redes de apoio tendem a ter maior adesão terapêutica, melhores condições de enfrentamento da doença e maior acesso a serviços de saúde. Em contrapartida, aqueles em situação de isolamento, sem referência familiar ou rede extensa de apoio, enfrentam maiores dificuldades no cuidado, uma vez que as necessidades inerentes ao câncer podem se modificar ao longo da trajetória da doença, de acordo com o perfil de cada paciente.

Rede social diz respeito às pessoas, estruturas e/ou instituições que acompanham o indivíduo no decorrer da vida, com as quais o doente mantém vínculo social, oferecendo uma teia de relacionamentos que favorece a ajuda mútua e estimula dar e receber apoio em graus diversos. Os benefícios da rede dependem da possibilidade de prover a ajuda esperada e da percepção do apoio oferecido (Rodrigues; Ferreira, 2012, p. 782).

Neste ponto, é importante refletir sobre a vivência da população em situação de rua (PSR) diante do diagnóstico de câncer. A situação de rua interfere diretamente nas condições de saúde dessa população, assim como apresenta diversas barreiras para a universalização do acesso às ações e serviços de saúde. Além da dificuldade do acesso ao diagnóstico precoce, pontua-se que a ausência de rede de apoio interfere na adesão e permanência no tratamento.

Em que pese os avanços no atendimento à PSR, o acesso pleno deste segmento aos direitos e políticas sociais ainda é dificultado por alguns desafios. Um deles diz respeito às exigências formais e burocráticas para o atendimento, como a apresentação de documentos de identificação pessoal e de endereço domiciliar (Cassin, 2024, p. 52).

No Brasil, a Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053/2009, representa um marco normativo importante ao garantir o acesso dessa população aos serviços públicos, incluindo a saúde. Em 2011, a criação do Consultório na Rua, vinculado à Atenção Básica do SUS, buscou ampliar a oferta de cuidados a esse segmento por meio de equipes itinerantes. Contudo, os dados revelam um crescimento

acelerado dessa população e uma oferta de serviços insuficiente. Segundo o Diagnóstico da População em Situação de Rua elaborado pelo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, em dezembro de 2022 havia 236.400 pessoas em situação de rua inscritas no Cadastro Único, distribuídas em 64% dos municípios do país (Brasil, 2023, p. 15).

O perfil dessa população é majoritariamente masculino (87%), adultos e negro, pessoas pardas e pretas somam 68% do total (Brasil, 2023, p. 18), dado que expressa as marcas do racismo estrutural na produção da exclusão social no Brasil. Apesar dos avanços normativos, a oferta de serviços de saúde específicos para essa população permanece territorialmente concentrada e quantitativamente insuficiente. Em dezembro de 2022, apenas 145 municípios dispunham de equipes de Consultório na Rua, ao passo que 3.354 municípios tinham PSR cadastradas no Cadastro Único, o que significa que mais de 95% dos municípios com PSR registrada não contavam com esse serviço específico (Brasil, 2023, p. 34).

Nota-se a dificuldade no acesso à saúde, por conseguinte nos casos de neoplasias malignas, ao diagnóstico precoce. A ausência de rede de apoio interfere diretamente na adesão e na permanência no tratamento, pois a maioria das pessoas em situação de rua não vive com suas famílias na rua (92%) e nunca ou quase nunca tem contato com parentes fora da condição de rua (61%) (Brasil, 2023, p. 20), o que aprofunda o isolamento relacional e material que compromete a continuidade de qualquer processo de tratamento.

Diante da ausência de rede de apoio, os cuidados paliativos tendem a ser colocados como a única alternativa destinada a esse paciente, reduzidos, muitas vezes, a medidas de conforto, já que a realização do tratamento pressupõe a participação de outros sujeitos e a existência de suportes materiais e relacionais dos quais essa população não dispõe. Há o entendimento de que à população em situação de rua deve ser dispensado apenas os esforços e recursos mínimos para garantia de sua subsistência. Assim, esse segmento é socialmente produzido e tratado como uma subclasse, à qual se reconhece tão somente o direito a condições mínimas de sobrevivência (Granja; Lima, 2020, p. 7).

Por outro lado, para alguns pacientes a sua rede de apoio é direcionado quase que exclusivamente às mulheres. Mães, filhas e esposas tornam-se

cuidadoras não só por afeto, mas por uma construção social que naturaliza esse papel. Essa dinâmica, fruto das relações de produção e reprodução (não de determinação biológica), acarreta impactos emocionais, econômicos e sociais. A superação dessas desigualdades demanda transformações estruturais, já que a falta de redes de apoio agrava a sobrecarga física, emocional e psicológica dessas mulheres (Moreira; Araújo; Santos, 2025, p. 5).

A camada denominada condições de vida e de trabalho, refere-se ao conjunto de circunstâncias materiais que estruturam o cotidiano dos indivíduos, incluindo moradia, acesso a serviços de saúde e educação, saneamento básico, alimentação, emprego e ambiente de trabalho. Essa dimensão reconhece que a saúde é diretamente influenciada pelas condições concretas em que os sujeitos vivem e trabalham, deslocando parcialmente o foco do indivíduo para o contexto social mais amplo.

No que tange ao adoecimento por câncer, as condições de vida e de trabalho, assumem papel central na exposição de risco, assim como no acesso ao cuidado. Segundo o Atlas do Câncer Relacionado ao Trabalho no Brasil: Análise Regionalizada e Subsídios para a Vigilância em Saúde do Trabalhador (2021, p. 11), as exposições nos ambientes e processos de trabalho, são responsáveis por aumentar o risco da ocorrência de diferentes tipologias de câncer, não apenas na população trabalhadora, como também na população geral (Takala, *et al.*, 2015).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), as neoplasias malignas estão entre as três principais causas de morte relacionada com o trabalho (OIT, 2023). O câncer emerge não apenas como evento biológico, mas como expressão concreta dessas condições de vida. As populações que vivem próximas a áreas industriais ou sujeitas ao uso intensivo de agrotóxicos apresentam maior risco devido à exposição contínua a esses agentes potencialmente cancerígenos.

No Maranhão, o Atlas indica que as mulheres são acometidas com cinco a sete tipologias de câncer representando 80% ou mais de todos os óbitos. Ainda de acordo com o Atlas, as tipologias de câncer identificadas possuem associação com o trabalho, sendo mama, pulmão, fígado, estômago, sistema nervoso central, ovário (Brasil, 2021, p. 171). Entre os homens, o estudo indica que cinco ou seis tipologias de câncer representaram 80% ou mais de todos os óbitos entre

as tipologias de câncer que possuem associação com o trabalho, sendo próstata, pulmão, estômago, fígado, sistema nervoso central e leucemia (Brasil, 2021, p. 172).

Evidências apontam que grande parte dos casos de câncer está associada a exposições evitáveis, muitas delas relacionadas diretamente aos ambientes e processos de trabalho, como contato com substâncias carcinogênicas, trabalho por turnos, condições laborais precárias e ausência de proteção adequada (Brasil, 2021, p. 13). Além disso, as desigualdades nas condições de vida influenciam o acesso ao diagnóstico precoce, à continuidade do tratamento e aos desfechos e cuidados do fim da vida.

A última camada refere-se às condições socioeconômicas, culturais e ambientais, que corresponde a organização econômica da sociedade, a distribuição de renda e riqueza, as políticas públicas e atuação do Estado, a cultura e os valores socialmente produzidos na sociedade e as condições ambientais. Trata-se de um conjunto de fatores estruturais que configuram a organização da sociedade e que, por sua abrangência, exerce influência direta e indireta sobre todas as demais camadas do modelo, desde as condições de vida e trabalho até os comportamentos individuais.

No caso do câncer, essa dimensão se expressa na forma como diferentes sociedades organizam seus sistemas produtivos, ambientais e de proteção social, influenciando tanto a exposição a fatores de risco quanto o acesso ao cuidado. A exploração intensiva do trabalho e dos recursos naturais tendem a aumentar a exposição a agentes carcinogênicos, enquanto sistemas de proteção social mais fortalecidos possibilitam maior acesso a políticas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento.

No âmbito das determinações ambientais, os grupos populacionais mais pobres ocupam áreas mais poluídas, maior exposição a riscos ambientais, vivem em moradias precárias, e dependem de atividades laborais insalubres, informais e sem proteção social. Nessa direção, Breilh (2006) assinala que os riscos ambientais e sociais se entrecruzam, ampliando as desigualdades no processo de saúde-doença, na medida em que tais riscos não se distribuem de forma homogênea entre a população, mas acompanham os padrões estruturais de desigualdade social.

O modelo de DSS, proposto pela CNDSS, embora amplie a compreensão do processo saúde-doença, não rompe com a lógica que fragmenta a realidade social, ao tratar as desigualdades como fatores a serem geridos e não como expressões de uma estrutura social historicamente determinada. No caso do câncer, isso se evidencia na forma como o adoecimento, o acesso ao tratamento e as condições de fim de vida permanecem desigualmente distribuídos, reafirmando a necessidade de uma análise ancorada na determinação social do processo saúde-doença.

Por mais que reconheça que as desigualdades em saúde constituem um dos traços mais marcantes na realidade brasileira, o que passa a influenciar decisivamente a situação de saúde de uma população não é apenas o volume de recursos disponíveis, mas a maneira como estes são distribuídos na sociedade, evidenciando o papel central das desigualdades sociais na produção do adoecimento. As desigualdades em saúde, não são apenas diferenças mensuráveis entre grupos, expressam contradições estruturais que atravessam a sociedade e se materializam de forma concreta no adoecimento, no acesso ao cuidado e nas condições de viver e morrer (Buss; Pellegrini Filho, 2006, p. 2).

A compreensão das desigualdades sociais em saúde exige considerar não apenas a distribuição desigual de renda e condições de vida, mas também as formas contemporâneas de organização do Estado, do trabalho e das políticas públicas. Ainda que a literatura institucional frequentemente utilize a categoria “iniquidades em saúde”, sua adoção acrítica pode reduzir processos estruturais de exploração e desigualdade a diferenças injustas administráveis no interior da ordem capitalista.

Assim, não podem ser compreendidas apenas como desigualdades mensuráveis, mas como expressões de processos históricos de exclusão e de uma cidadania restrita, em que os direitos não se universalizam (Telles, 2013, p. 33). Para Escorel (1999, p. 28), no contexto brasileiro, o acesso desigual aos serviços de saúde está profundamente vinculado à forma como os direitos sociais foram constituídos de maneira seletiva e segmentada, produzindo diferentes padrões de inclusão e exclusão no interior das políticas públicas.

Nesse sentido, o avanço do neoliberalismo reconfigura o papel do Estado ao priorizar a redução dos gastos públicos, a focalização das ações sociais e a ampliação da participação do setor privado na apropriação e gestão

do fundo público. Essa racionalidade incide diretamente sobre o financiamento e a organização dos sistemas de saúde, na medida em que as políticas de austeridade fiscal limitam a expansão, a universalização e a qualificação do acesso. Como consequência, intensificam-se o subfinanciamento, a fragmentação das ações e a priorização de intervenções seletivas, frequentemente orientadas por critérios de custo-efetividade, em detrimento do atendimento às necessidades sociais.

Nesse contexto, as desigualdades em saúde deixam de ser enfrentadas como expressão das desigualdades estruturais próprias da sociabilidade capitalista e passam a ser tratadas sob uma lógica gerencial e tecnocrática, ajustada às restrições orçamentárias impostas pelas políticas de austeridade. No caso do câncer, essas determinações se expressam nas dificuldades do acesso ao diagnóstico precoce, na adesão ao tratamento e na desigualdade na oferta de cuidados paliativos.

Trata-se de um processo que não apenas distribui de forma desigual o adoecimento, mas também engendra diferenças concretas nas condições de morrer. Assim, ainda que o discurso dos Determinantes Sociais da Saúde reconheça a relevância das condições sociais no processo saúde-doença, sua incorporação no contexto neoliberal tende a limitar-se a intervenções pontuais, focalizadas e compensatórias, sem enfrentar as bases estruturais que produzem e reproduzem as desigualdades em saúde.

Nesse cenário, o fim de vida deixa de ser compreendido como dimensão constitutiva do cuidado em saúde e passa a ser vivenciado, por parcelas da população, sob condições de sofrimento evitável, precariedade assistencial e invisibilidade social. Evidencia-se, assim, que tanto o adoecer quanto o morrer são socialmente determinados, revelando os limites de políticas inseridas na racionalidade neoliberal, as quais não apenas produzem e aprofundam desigualdades, mas também estabelecem, de forma desigual, as condições concretas de viver e morrer com dignidade.

Diante dos limites evidenciados na abordagem dos DSS, especialmente quando apropriadas no interior da racionalidade neoliberal e traduzidas em intervenções fragmentadas e focalizadas, é importante aprofundar a compreensão sobre o processo de saúde-doença. Embora a OMS, tenha desempenhado papel central na difusão e consolidação do conceito de

determinantes sociais em nível global, sua formulação, ao enfatizar a identificação de fatores e mediações, opera enquanto gestor das desigualdades, sem apreender as determinações estruturais inscritas no modo de produção.

Nessa direção, autores vinculados à tradição da determinação social da saúde destacam que a apreensão do processo de saúde-doença exige a análise das relações sociais de produção, das formas de exploração do trabalho e das mediações históricas que organizam a vida social, sob pena de reduzir a essa problemática a uma centrada na administração dos agravos e das desigualdades. (Laurell, 1982; Breilh, 2006; Borde; Hernández-Álvarez; Porto, 2015).

No que tange ao adoecimento por câncer, essa perspectiva é especialmente relevante: ela permite compreender que o adoecimento por câncer é desigual, o acesso diferenciado ao tratamento e as condições desiguais de morrer não são déficits a serem corrigidos por políticas focalizadas, mas expressões de uma ordem social que produz e reproduz, sistematicamente, a desigualdade na vida e na morte.

3.2 A formulação dos Determinantes Sociais da Saúde pela Organização Mundial da Saúde: promoção da saúde e administração neoliberal das desigualdades

A discussão sobre os DSS ganha centralidade no cenário internacional a partir das iniciativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), especialmente com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, em 2005. Esse movimento emerge numa escala global, em que é possível identificar que as abordagens biomédicas não são suficientes para explicar e entender o processo saúde-doença das populações, assim como não é ferramenta suficiente para enfrentar as desigualdades sociais em saúde (Nogueira, 2009, p. 399).

A centralidade da OMS na difusão do conceito de DSS não se dá de forma aleatória, ainda que em sua formulação, traga elementos como as condições socioeconômicas e políticas que atravessam a vida dos indivíduos e das sociedades. Nesse sentido, é fundamental situar o poder de influência

exercido por esse organismo no campo da saúde, sobretudo na conformação de agendas, políticas e marcos interpretativos. Ao mesmo tempo em que busca renovar o debate teórico, sua abordagem pode inclinar-se perigosamente a um determinismo social, que interpreta o social como mero efeito de fatores causais.

Trata-se de um organismo cujas orientações são permeadas pelos interesses dos Estados-membro e por agências como o Banco Mundial e o FMI, que historicamente condicionam o financiamento de políticas sociais a adoção de ajuste fiscal e de contenção dos gastos públicos. Assim, a incorporação dos DSS responde a uma necessidade funcional do capital, pois níveis extremos de adoecimento e pobreza comprometem a reprodução da força de trabalho, restringem mercados consumidores e ampliam pressões sobre os sistemas de proteção social.

Ao reconhecer as desigualdades sem nomear o capitalismo como estrutura que as produz e reproduz, a OMS traz uma crítica tolerável e administrável, pois não confronta o modo de produção que organiza a distribuição desigual da vida, do adoecimento e da morte, restringindo-se à mitigação de seus efeitos sem incidir sobre suas determinações históricas e sociais. Além disso, ao privilegiar a linguagem dos determinantes e dos fatores de risco, essa perspectiva tende a fragmentar a totalidade social em variáveis mensuráveis, operáveis no âmbito das políticas públicas, mas insuficientes para apreender as contradições que estruturam a sociedade capitalista.

A publicação do Relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), bem como do correspondente relatório nacional (CNDSS, 2008), destaca o clamor ético para uma luta contra as iniquidades, que são as desigualdades evitáveis, injustas e desnecessárias. A compreensão das desigualdades em saúde como fenômenos evitáveis e não como expressões inevitáveis da ordem social, é o que confere o caráter político à luta por saúde. Esse imperativo ético é sintetizado por Nogueira (2009, p. 398):

Quando se avalia que essas diferenças sistemáticas em saúde podem ser evitadas mediante a adoção de medidas razoáveis, elas são simplesmente injustas. É isso que rotulamos de iniquidade em saúde. Corrigir tais desigualdades, as enormes e remediáveis diferenças de saúde entre países e dentro deles é uma questão de justiça social (Nogueira, 2009, p. 398).

Esse enfrentamento não pode se dar restritamente ao campo sanitário, uma vez que as lutas sociais em defesa da saúde não costumam ocorrer de forma isolada, mas articuladas a outras expressões da questão social. Onde houve mobilização em prol da saúde, esta ocorreu de forma articulada aos movimentos voltados à conquista de um conjunto de direitos sociais e políticos historicamente negados (Nogueira, 2009, p. 399).

No cenário brasileiro, a Reforma Sanitária estava inserida no contexto de redemocratização e reformulação constitucional. No período da ditadura militar, a saúde, assim como outras políticas sociais, foi profundamente marcada pela privatização, pelo uso indevido dos recursos públicos e pela consolidação de um sistema de saúde excludente, incapaz de responder aos anseios da sociedade e direcionado para as ações que geravam mais lucros, como as internações hospitalares. Nesse período, as medidas de prevenção e promoção de saúde não se constituíam prioridade no âmbito das políticas públicas.

O processo de abertura política, teve como características centrais o aprofundamento da crise econômica e a rearticulação dos movimentos sociais. Nesse contexto, o movimento sanitário emergiu como um movimento social na área da saúde valendo-se de estudos e pesquisas para denunciar os efeitos do modo econômico sobre as condições de saúde da população, ao mesmo tempo em que formulava propostas de intervenção voltadas à superação do sistema vigente (Bravo, 2024, p. 358).

Em 1976, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que foi fundamental à época para a articulação dos movimentos sociais de saúde. Em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o movimento sanitário, representado pelo CEBES, apresentou publicamente, pela primeira vez, sua proposta de reorientação do sistema de saúde que já se chamava, na época, Sistema Único de Saúde.

Essa proposta estava abalizada em experiências exitosas de outros países pautadas na universalização do direito à saúde e pela construção de sistema de saúde nacional, de natureza pública, descentralizado, integrando as ações curativas e preventivas, além de pautado na democracia com participação da população (Rodriguez Neto, 1994). Embora não tenha sido acolhida naquele momento, essa formulação constituiu importante referência para as

reivindicações por melhores serviços de saúde, bem como para o desenvolvimento de várias experiências de reorganização nos âmbitos estadual, municipal e local, promovidas pelo Ministério da Saúde.

No início da década de 1980, tem-se uma profunda crise financeira da previdência social, principal fonte de financiamento da saúde. Esse momento refletiu uma crise ideológica, financeira e político-institucional. Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde convocou a 7ª Conferência Nacional de Saúde, que teve por objetivo coordenar as ações de diferentes ministérios por meio da Comissão Interministerial de Planejamento, a CIPLAN.

Em 1981, o governo apresentou o Plano CONASP, formulado pelo Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária, vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, com o objetivo de atuar na regulação da assistência médica previdenciária. Sua formulação insere-se em um contexto de crise do modelo médico-assistencial então vigente, marcado pela expansão dos gastos, pela centralidade da assistência curativa e pela forte transferência de recursos públicos ao setor privado por meio de convênios.

Com a transição democrática e o advento da Nova República, a partir de 1985, o quadro de política de saúde até então vigente passa a ser progressivamente tensionado pelo avanço do Movimento da Reforma Sanitária, através da articulação de múltiplos sujeitos políticos, acadêmicos e sociais que, no interior do processo de redemocratização, disputava uma concepção radicalmente distinta de saúde e de Estado. Marco central desse processo foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e no plano político-institucional, avança o reconhecimento do direito universal à saúde como dever do Estado.

Em 1986, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, reconhecida como um dos marcos mais importantes da história da política pública de saúde no Brasil. Conforme destaca Bravo (2024, p. 359), tratou-se da primeira conferência a contar com ampla participação de segmentos não governamentais e da sociedade civil, reunindo representações sindicais, conselhos, associações e federações nacionais de profissionais de saúde, além de representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, prestadores de serviços e diversos ministérios. Com o tema “Democracia e Saúde”, a conferência reuniu cerca de 4.500 participantes, dos quais mil eram delegados, em torno de três eixos

centrais: saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do setor. Ainda segundo a autora, a 8ª Conferência significou o momento de explicitação do projeto da Reforma Sanitária brasileira, expresso em seu relatório final.

A Reforma Sanitária amplia a concepção de saúde, pois concebe a saúde a partir da determinação social do processo saúde-doença, ou seja, saúde a partir das desigualdades sociais e como melhores condições de vida e trabalho. A saúde passa a assumir uma dimensão política com o objetivo de aprofundar a consciência sanitária, com diferentes sujeitos políticos que postulavam a democratização da saúde no país.

As principais propostas defendidas destacavam-se a universalização do acesso à saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde fundada em uma concepção articulada entre saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório; o financiamento efetivo e a participação social materializada em novos arranjos institucionais para a condução da política como os Conselhos e as Conferências de Saúde.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, esse debate alcança expressão no plano jurídico, por meio da ampliação dos direitos sociais e da afirmação de um novo padrão de relação entre Estado e sociedade, orientado não apenas pela correção de históricas injustiças sociais, mas pelo fortalecimento da democracia representativa e da participação ativa dos cidadãos na esfera pública.

Esse período também é marcado pela perspectiva de superar a política de saúde privatizante e de fortalecer o setor público. Para Teixeira (1989) tem-se características marcantes como a politização da saúde com o objetivo de ampliar o nível de consciência sanitária, a alteração da norma constitucional que ocorreu no processo constituinte, tendo como resultado a incorporação de demandas do movimento sanitário e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais que se deu através de ações de fortalecimento do setor público, universalização do atendimento, a descentralização política e administrativa do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local (Bravo, 2024, p. 361).

Os avanços observados no campo da saúde resultam de intensos processos de disputa política e da pressão popular. No processo constituinte, evidenciaram-se dois blocos antagônicos: de um lado os setores defensores da privatização da saúde, do outro, aqueles comprometidos com os princípios da Reforma Sanitária. Contudo, ao final dos anos 1980, o aprofundamento da instabilidade econômica e a crise fiscal do Estado impôs à efetivação desse projeto, tensionando a implementação das mudanças defendidas no processo de redemocratização.

Nesse ano de 2026, tomando como marco a Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) completa 38 anos. Ao longo das últimas décadas, o SUS passou a conviver com a ampliação da participação do setor privado na oferta de serviços de saúde no SUS. Essa aparente parceria do Estado com o setor privado se materializa de diversas formas, dentre elas a ampliação dos planos e seguros privados, a alocação progressiva dos recursos públicos para os setores privados, a flexibilização das gestões de saúde, principalmente nos hospitais estaduais e federais, modelos de gestão orientados por parâmetros gerenciais, sob a lógica do mercado, como as Organizações Sociais (OSs), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), HU Brasil (antiga Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares – EBSEH), e as Parcerias Público Privadas (PPPs).

A adoção desses modelos de gestão de caráter privatizante que transferem a gestão dos serviços públicos de saúde para entidades privadas sem fins lucrativos, faz parte da agenda neoliberal, subvertendo os princípios constitucionais da publicidade, impessoalidade e controle social democrático (Bravo; Menezes, 2011). Trata-se do que Granemann (2011) caracteriza como privatizações não clássicas, porque não se realizam pelo mecanismo da venda típica, constituindo-se, assim, como formas de privatização mais difíceis de serem desveladas, inclusive do ponto de vista ideológico, o que lhes confere maior eficácia política e menor resistência social.

Nessa direção, Soares (2000) denomina esse fenômeno de privatização por dentro, na medida em que o Estado não transfere a propriedade dos equipamentos e serviços públicos, mas introduz no seu interior um modelo de gerenciamento de lógica mercantil, mantendo formalmente a titularidade pública

enquanto subordina, na prática, a gestão à racionalidade do mercado. O Estado, conserva para si os custos e os riscos, financiando com recursos públicos a operação dos serviços, enquanto transfere o controle gerencial para entidades privadas.

Trata-se, portanto, de uma perspectiva que, ao tentar conciliar os princípios do SUS outorgados constitucionalmente com as exigências da austeridade fiscal e da modernização gerencial, cria condições para o avanço do mercado sobre o espaço público da saúde. Essa dinâmica, compromete estruturalmente princípios como o da universalidade, a integralidade e a equidade que definem o SUS, assim como esvazia progressivamente os mecanismos de participação e controle social conquistados pela Reforma Sanitária.

Esse esvaziamento não é fortuito, ele se insere numa ofensiva mais ampla do ideário neoliberal contra as políticas sociais universais. Essas políticas desmercantilizadas e constitutivas de direito de cidadania passam a ser criticadas pelo ideário neoliberal, que as acusa de promover esvaziamento dos fundos públicos por meio de uma suposta aplicação ineficiente de recursos, sem retorno econômico imediato e voltada à cobertura do conjunto da população. No Brasil, a política de saúde, pelo seu caráter universal, passa a ser convertida em alvo privilegiado de ataques, uma vez que, para o neoliberalismo, a superação parcial da crise do capitalismo requer a redução, e, em certos aspectos, a eliminação da intervenção social do Estado (Montaño, 2004, p. 03).

Assim, o projeto neoliberal engendra uma nova forma de responder à questão social, fundada na erosão do caráter de direito das políticas sociais e assistenciais, na negação de seu caráter universalista, da igualdade de acesso e no enfraquecimento dos princípios da solidariedade e responsabilidade social, segundo a qual todos contribuem para o financiamento das políticas públicas de acordo com suas capacidades econômicas. Esse tipo de resposta exige um duplo processo de focalização e descentralização, com a privatização da seguridade e das políticas sociais, re-mercantilização dos serviços sociais e re-filantropização das resposta a questão social.

Por meio da transferência da responsabilidade estatal com a oferta de políticas sociais para o setor privado, tem-se na gestão de hospitais públicos a presença de organizações de interesse público e demais entidades do chamado

“terceiro setor”, que fazem parte das transformações promovidas pelo avanço do neoliberalismo na condução das políticas sociais.

Na realização das atividades exclusivas de Estado, e principalmente no oferecimento dos serviços sociais de educação e saúde, a administração pública burocrática, que se revelara efetiva em combater a corrupção e o nepotismo no pequeno Estado Liberal, demonstrava agora ser ineficiente e incapaz de atender com qualidade as demandas dos cidadãos-clientes no grande Estado Social do século vinte, tornando necessária sua substituição por uma administração pública gerencial. Em consequência, seja da captura do Estado por interesses privados, seja da ineficiência de sua administração, seja do desequilíbrio entre as demandas da população e sua capacidade de atendê-las, o Estado foi entrando em crise fiscal – uma crise fiscal que, em um primeiro momento, no início dos anos 80, apareceu sob a forma da crise da dívida externa. Na medida em que o Estado via sua poupança pública tornar-se negativa, perdia autonomia financeira e se imobilizava. Suas limitações gerenciais apareciam com mais nitidez. A crise de governança, que no limite se expressava em episódios hiperinflacionários, ornava-se total: o Estado, de agente do desenvolvimento, se transformava em seu obstáculo (Bresser-Pereira, 1998, p. 55).

Para Montaño (2004, p. 03), trata-se de uma nova estratégia do capital, onde as demandas sociais passam a ser assumidas pelas organizações da sociedade civil. Esse processo possui características fundantes, como a fragmentação entre Estado, mercado e sociedade civil, a desresponsabilização e retirada do Estado, a focalização das políticas sociais, a mercantilização e refilantropização das políticas sociais, em que os direitos não são vistos como direitos, mas como mercadoria ou como benesse e favor. Esse processo contribui para a reprodução de relações clientelistas, ao mesmo tempo em que fomenta a despolitização e enfraquecimento das lutas sociais.

Para Bravo (2013), o campo da saúde no Brasil é atravessado pelo embate entre quatro projetos distintos: o Projeto de Reforma Sanitária, formulado nos anos 1980; o Projeto Privatista, reatualizado na década de 1990; a proposta de flexibilização da Reforma Sanitária, que ganha mais densidade nos anos 2000; e, a partir de 2016, o Projeto de um SUS totalmente submetido à lógica do mercado. Mais recentemente tem a incorporação do Projeto Genocida, visto no governo presidido por Jair Bolsonaro.

O Projeto da Reforma Sanitária, gestado no bojo das lutas sociais contra a Ditadura Empresarial-Militar brasileira e consolidado como expressão mais avançada do movimento sanitário, tem como principal direcionamento a universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais, ancorado

em uma concepção ampliada de saúde que supera radicalmente a visão biologicista e individualizante predominante até então. Essa concepção ampliada reconhece, nas palavras de Bravo (2024), a necessidade de:

[...] melhores condições de vida e de trabalho; a importância da determinação social do processo saúde-doença; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (união, estados, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e o financiamento efetivo do Estado (Bravo, 2024, p. 362).

Trata-se de um projeto que não se limita à reorganização do sistema de serviços de saúde, mas que articula saúde, democracia e justiça social como dimensões indissociáveis de um mesmo processo de transformação. Como afirma Paim (2008), a Reforma Sanitária brasileira pode ser compreendida como "um processo social e político que tem como objeto a situação de saúde e como objetivo a melhoria das condições de vida e de saúde da população" (Paim, 2008, p. 170), o que implica enfrentar as determinações estruturais que produzem o adoecimento.

O Projeto Privatista, pautado nas políticas de ajustes, impostas pelos organismos financeiros internacionais, tende à contenção de gastos públicos e à descentralização das responsabilidades do poder central. Nessa perspectiva, ao Estado cabe assegurar um patamar mínimo de proteção aos que não podem pagar, enquanto o restante da população deve se adequar à lógica de consumo do setor privado. Como observa Bravo (2009), esse projeto expressa os interesses do capital na saúde, tem-se a descentralização das responsabilidades do poder central e a transferência progressiva da prestação dos serviços de saúde para o mercado, na medida em que "a saúde é vista como um nicho de mercado altamente lucrativo" (Bravo, 2009, p. 93),

O outro Projeto é o da Reforma Sanitária flexibilizada, que surge a partir dos anos 2000, especialmente no contexto dos governos do Partido dos Trabalhadores, propondo uma flexibilização dos pressupostos da Reforma Sanitária. Esse projeto, caracteriza-se pela incorporação de elementos da agenda neoliberal no interior do próprio campo progressista, como a adoção de novos modelos de gestão de caráter privatizante (Correia; Santos, 2015, p. 12).

A partir de 2016, com o golpe institucional que destituiu a presidenta Dilma Rousseff e elevou Michel Temer à Presidência da República, tem-se um Projeto de SUS voltado às leis do mercado, com privatização da saúde e o SUS atuando de forma complementar, subsidiando economicamente o setor privado. Esse projeto implica uma inversão dos princípios constitucionais do SUS: em vez do setor privado atuar de forma complementar ao sistema público, como previsto no artigo 199 da Constituição Federal de 1988, é o próprio SUS que passa a funcionar como instrumento de subsídio econômico ao setor privado, transferindo recursos públicos para a acumulação do capital na saúde.

Segundo Bravo (2009), esse processo expressa a disputa pelo fundo público na saúde, na qual os setores privatizantes avançam sobre o patrimônio público construído pelo movimento sanitário, transformando progressivamente a saúde de direito universal em mercadoria acessível apenas a quem pode pagar. Trata-se de uma estratégia das forças privatizantes que, para manterem seus superlucros, precisam enfraquecer o SUS, propiciando sua incapacidade de responder a todos e gerando a ilusão de que isso pode ser resolvido mediante contratação de seguros ou planos privados de saúde (Matos, 2021, p. 28).

Por fim, recentemente na literatura tem-se o Projeto Genocida expresso na forma assumida pela gestão federal da política de saúde durante o governo Jair Bolsonaro, especialmente no período da pandemia de Covid-19, entre 2020 e 2022. Não se tratou apenas de ausência de respostas, de incompetência administrativa ou de descoordenação institucional, mas de uma direção política orientada pelo ultraneoliberalismo, pelo conservadorismo, pelo negacionismo científico e por práticas neofascistas (Soares, 2024, p. 392). Tem-se a expressão radicalizada de um Estado orientado pela lógica ultraneoliberal, que subordina a vida às exigências da economia e do capital (Piza, 2022, p. 132).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2025), 76% da população brasileira dependem diretamente do SUS, o que representa 213 milhões de pessoas. Por ano, o SUS realiza 2,8 bilhões de atendimentos e conta com cerca de 3,5 milhões de profissionais em atuação (Bravo, 2024, p. 362). Esses números ganham ainda maior significado quando considerados à luz do subfinanciamento crônico que o SUS tem sido condicionado. Um sistema que atende 76% da população recebe, historicamente, uma parcela desproporcional e insuficiente do orçamento público federal, realidade que se agravou com a

aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95, em 2016, que congelou os investimentos em saúde por 20 anos, sendo revogada em 2023.

A revogação da EC 95 pela Emenda Constitucional 126, aprovada em 2023 no governo Lula, representou uma conquista importante das forças comprometidas com a defesa do sistema público de saúde, ainda que os efeitos acumulados de anos de subfinanciamento, deterioração da infraestrutura, precarização dos vínculos de trabalho dos profissionais de saúde e o sucateamento dos serviços, não se revertam de forma imediata, exigindo investimentos consistentes e sustentados ao longo do tempo.

Compreender esse processo de desmonte e suas consequências sobre a saúde da população exige, ir além da análise das políticas de financiamento e recuperar os fundamentos que orientam a concepção de saúde em disputa. É nesse sentido que os debates internacionais sobre os determinantes sociais da saúde oferecem elementos importantes, ainda que insuficientes sobre o adoecimento das populações.

Antes da Comissão de 2005, a OMS já vinha desenvolvendo a ideia de determinantes sociais da saúde, desde a segunda metade da década 1990. Em 1998, tem-se a publicação do livro de Marmot e Wilkinson, que trata dos "fatos sólidos" da determinação social, em que essa pesquisa contou com a participação de inúmeros epidemiologistas britânicos, onde resumidamente pontuaram dez subtipos de determinantes sociais com impactos positivos ou negativos no processo saúde-doença, que foram: gradiente de riqueza; estresse; início de vida; exclusão social; trabalho; desemprego; apoio social; vício; alimento e transporte. Nessa abordagem, fica claro que se tem uma lista de fatores, mas não uma análise estrutural (Nogueira, 2009, p. 400).

Essa abordagem converteu-se em uma espécie de nova agenda internacional de políticas sociais em saúde. Os DSS emergem vinculados a uma nova fase do capitalismo global, marcada pela formação de blocos econômicos, como a União Europeia, pela integração de mercados e pela necessidade de reduzir as desigualdades sociais. Embora estas sejam apresentadas no discurso institucional como problema ético, de justiça social, tal perspectiva abriga, em sua base, uma motivação econômica. Trata-se, em última instância, da impossibilidade de que certos grupos sociais participem plenamente do novo mercado integrado que está emergindo. Nessa lógica, a redução das

desigualdades sociais aparece não apenas como imperativo moral, mas também como condição para o próprio funcionamento e expansão do mercado (Nogueira, 2009, p. 401).

A saúde deixa de ser tão somente um direito e passa a constituir-se também como setor de acumulação, convertido em espaço lucrativo para o mercado, de investimento e de atração de capital. A ampliação da abordagem dos DSS pela OMS tem caráter global, articulando-se à necessidade de assegurar a plena inserção dos indivíduos no circuito econômico e evidenciando o caráter funcional dessa agenda às necessidades de reprodução do capital. Revelando assim, que o campo da saúde é um campo de luta de classes, no qual os projetos em disputa não são neutros, mas expressam interesses sociais antagônicos e irreconciliáveis (Correia; Santos, 2015, p. 12).

Ao longo do tempo, a OMS passou a operar com duas abordagens centrais no campo da saúde: a dos determinantes sociais da saúde e de promoção em saúde, esta última fortemente difundida a partir da Carta de Ottawa, em 1986. Ao articular essas duas perspectivas, a OMS entende que ambas não se contradizem, mas são complementares entre si. A Carta de Ottawa foi um marco importante ao defender a prevenção e a mudança de comportamento e estilo de vida.

Contudo, ao privilegiar uma concepção de promoção em saúde centrada na mudança do comportamento e no estilo de vida, essa abordagem tende a deslocar para os indivíduos a responsabilidade pelo adoecimento, incorrendo, assim, em processos de culpabilização que obscurecem as determinações sociais mais amplas da produção da saúde e da doença. Ao reduzir fenômenos coletivos e historicamente condicionados à dimensão da escolha individual, tal perspectiva despolitiza o campo da saúde, e contribui para naturalizar as desigualdades sociais, isentando o Estado e o capital de suas responsabilidades na produção das condições objetivas de vida e trabalho que adoecem as populações.

Visivelmente, tem-se uma contradição que parte de pressupostos incompatíveis. A OMS tenta juntar o processo saúde-doença como dependente da estrutura social, com multiplicidade de fatores como explicado pelos DSS, ao mesmo tempo que defende que a saúde depende das escolhas individuais. O problema estrutural continua existindo, mas a solução se transforma em escolha

individual, o que limita a compreensão das desigualdades em saúde como expressão das relações sociais historicamente determinadas (Nogueira, 2009, p. 401).

Para exemplificar essa contradição, é possível analisar casos concretos que evidenciam os limites das abordagens centradas no indivíduo, no comportamento ou estilo de vida. Os casos de câncer de pulmão em indivíduos que nunca foram tabagistas, mas estavam expostos seja em moradia ou no trabalho ligado à poluição industrial e queima de combustível, demonstram que resultam de uma exposição contínua a agentes carcinogênicos. Esse retrato não fala de um estilo de vida, mas de condições socialmente determinadas, nas quais a inserção territorial e ocupacional dos sujeitos define, de maneira desigual, os riscos à saúde.

Trata-se, portanto, de uma expressão das desigualdades sociais produzidas pela forma como a sociedade organiza o espaço urbano, o trabalho e a produção, evidenciando que o adoecimento não pode ser compreendido a partir de escolhas individuais, mas como resultado de processos estruturais que distribuem desigualmente proteção e exposição ao adoecimento. Explicar o processo saúde-doença baseado nas mudanças comportamentais mostra-se insuficiente, pois desloca o foco das determinações sociais para o indivíduo, contribuindo para a diluição da crítica estrutural e para a naturalização das desigualdades em saúde, além da responsabilização individual do adoecimento.

Infelizmente, essa análise não se encerra no processo de adoecimento, mas se estende às condições de acesso ao cuidado e ao processo de finitude da vida. Envelhecer e morrer não fazem parte da lista de melhores experiências que podemos viver em nosso país (Arantes, 2021, p. 21). Uma grande parcela das pessoas em tratamento oncológico acessa os serviços de saúde de forma tardia, seja pela ausência de políticas de prevenção eficazes, seja pelas barreiras estruturais de acesso ao sistema de saúde.

Parte dessa população chega aos serviços especializados em estágios avançados da doença, com baixa possibilidade terapêutica, e mesmo encaminhados para a abordagem de cuidados paliativos, os contextos são marcados por limitações institucionais, precariedade de suporte e insuficiência de recursos sociais. Assim, as desigualdades sociais produzidas não apenas

determina quem adoece, mas também define quem tem acesso a um cuidado digno no fim da vida.

A impossibilidade de garantir condições adequadas de acompanhamento, controle da dor, suporte psicossocial e cuidado domiciliar revela a existência de processos de morrer profundamente desigual, nos quais determinados grupos sociais são submetidos a formas mais intensas de sofrimento e desassistência. Compreende-se que a morte deixa de ser apenas um desfecho biológico e passa a ser apreendida como um fenômeno socialmente produzido, resultante das condições históricas e estruturais que organizam o acesso à vida e ao cuidado do fim de vida.

*Falar sobre a Morte traz à tona a Vida que importa, a Vida que segue,
a Vida boa que se torna possível quando alguém respira sem sofrer.
- Ana Claudia Quintana Arantes*

4 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (DSS) NAS POLÍTICAS NACIONAIS DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA E DE CUIDADOS PALIATIVOS

É difícil morrer com vida, é difícil entender a vida, não amar a vida, impossível. Infinita vida que para continuar desaparece.
- Adélia Prado

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde é reconhecida como direito e dever do Estado, representando uma conquista que não se deu de forma espontânea, mas como o resultado de lutas sociais e do movimento da Reforma Sanitária, que desde a década de 1970, passou a reivindicar um modelo de assistência à saúde que atendesse a todos os segmentos da população. Assim, a saúde passa a ser compreendida como expressão das condições de vida, trabalho e reprodução social.

Nesse cenário, especialmente a partir das décadas de 1990 e 2000, marcadas pelo aprofundamento da globalização econômica, pela hegemonia do ideário neoliberal e pela reconfiguração do papel do Estado sob orientação das reformas gerenciais, observa-se os efeitos das desigualdades sociais sobre as condições de vida e saúde das populações. O aumento das disparidades sociais, associado à persistência de padrões desiguais de adoecimento e mortalidade, impulsionou organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a incorporar de forma mais sistemática a discussão dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

Nesse contexto, o advento dos DSS, posteriormente incorporado ao debate brasileiro por meio da influência desses organismos internacionais e da criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, emerge como uma tentativa de ampliar a compreensão do processo saúde-doença para além dos aspectos estritamente orgânicos e biológicos, incorporando elementos como renda, escolaridade, território, condições de trabalho e acesso aos serviços. Contudo, essa incorporação ocorre em um contexto histórico específico, atravessado por transformações econômicas e políticas vinculadas ao projeto de desenvolvimento capitalista adotado.

Compreende-se que a concepção dos DSS representa um avanço importante quanto ao reconhecimento das condições sociais e sua relação com o processo de saúde-doença. Contudo, essa perspectiva é apropriada por noções muitas vezes orientadas por agendas internacionais que priorizam abordagens focalizadas na identificação de aspectos imediatos do adoecimento e na administração de suas expressões sociais. Trata-se de uma fragmentação da totalidade, uma vez que os determinantes são tratados como variáveis isoladas, descoladas das relações estruturais que os produzem, especialmente as que estão vinculadas ao modo de produção capitalista.

Assim, embora represente um avanço em relação ao foco estritamente biológico, a abordagem e incorporação dos DSS na formulação de políticas públicas de saúde tende a classificar populações segundo níveis de risco, a identificar situações de desigualdades e a orientar a formulação de políticas focalizadas, direcionadas à grupos específicos. Além disso, contribui para a redução da complexidade do processo de saúde-doença para uma dimensão de fatores mensuráveis.

Os DSS assumem centralidade na formulação de políticas públicas, que frequentemente são desvinculadas das determinações estruturais que produzem as desigualdades sociais de saúde. Tem-se o reforço a lógica de gestão das desigualdades, orientada por estratégias focalizadas e compensatórias, que não rompe com a lógica do capital, sendo apropriado por ele enquanto instrumento de regulação social. A apropriação hegemônica dos DSS pode contribuir para a naturalização das desigualdades, convertendo processos historicamente determinados em problemas técnicos, administrativos ou individuais, deslocando o debate das estruturas sociais para a gestão de seus efeitos.

Desta forma, este capítulo objetiva analisar políticas específicas, na medida em que se volta para verificar e analisar a influência dos DSS nas Políticas Nacionais tanto de Oncologia e de Cuidados Paliativos, identificando fatores de risco, prevenção e ampliação do acesso ao diagnóstico, tendo presente que na prática, tais políticas enfrentam limites estruturais como o diagnóstico tardio, a desigualdade no acesso ao tratamento e ao cuidado digno de fim da vida.

4.1 Determinantes Sociais da Saúde na Política Nacional de Atenção Oncológica

A palavra câncer vem do grego karkínos, que quer dizer caranguejo, e foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, o pai da medicina. É uma doença secular, que tem em comum o crescimento desordenado de células que tendem a invadir outros tecidos (Inca, 2019, p. 13). O câncer consolida-se como uma das principais causas de morbimortalidade no país, aproximando-se das doenças cardiovasculares como principal causa de morte. No século XXI, é uma das doenças mais prevalentes em todas as idades. A literatura traz diferentes definições do que é o câncer. Segundo Teixeira (2019):

O câncer é uma doença que resulta do crescimento autônomo e desordenado das células que se reproduzem em grande velocidade, desencadeando o surgimento de tumores ou neoplasias malignas que, quando afetam tecidos vizinhos, produzem metástases. O tecido neoplásico apresenta uma estrutura atípica dos tecidos e órgãos dos quais se originou, bem como uma capacidade ilimitada e incontrolável de se reproduzir (Teixeira, 2009, p. 2).

Para Boareto (2023, p. 32), o câncer é resultante de mutações em células germinativas ou somáticas que se proliferam em crescimento desordenado, que podem invadir tecidos adjacentes ou órgãos a distância, e que abrange mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas.

Desde o século XIX tem-se a construção de um conceito mais próximo do utilizado atualmente, em que as células cancerosas se desenvolvem a partir de células normais, podendo chegar a qualquer parte do organismo através da corrente sanguínea ou linfática. Ocorre que as células normais possuem um processo de multiplicação contínua, cresce, multiplica-se e morre de maneira ordenada, apesar das exceções como no caso dos neurônios que nunca se dividem. Quando há o crescimento de células cancerosas, este processo ocorre de forma diferenciada. As células cancerosas crescem incontrolavelmente, formando mais células anormais. De acordo com o Inca (2019):

Diversos organismos vivos podem apresentar, em algum momento da vida, anormalidade no crescimento celular – as células se dividem de forma rápida, agressiva e incontrolável, espalhando-se para outras

regiões do corpo – acarretando transtornos funcionais. O câncer é um desses transtornos (Inca, 2019, p. 14).

As neoplasias (câncer in situ e câncer invasivo) correspondem a forma de crescimento celular não controlado, denominadas tumores (Inca, 2019, p. 15). As neoplasias podem ser benignas e malignas. As benignas possuem crescimento das células de forma organizada, geralmente lento, expansivo, apesar de não invadir tecidos vizinhos, podem comprimir órgãos e outros tecidos. As neoplasias malignas ou tumores malignos, possuem maior grau de autonomia e são capazes de invadir tecidos e órgãos, provocam metástases, podendo apresentar forte resistência ao tratamento e resultar na morte do seu hospedeiro. O câncer é uma neoplasia maligna, podendo ser invasivo ou não invasivo.

O câncer não invasivo ou in situ é o primeiro estágio de classificação (Inca, 2019, p. 16). Neste estágio, as células cancerosas estão na camada do tecido, ainda não se espalharam para outras partes do organismo. Em grande parte, é curável, se seu tratamento for iniciado antes de progredir para metástase. No estágio invasivo, as células cancerosas já estão invadindo outras camadas celulares, ao migrar pelas vias sanguínea e linfática, possuem capacidade de se disseminar para outras partes do corpo. Essa disseminação de tumores malignos ocorre a partir de um tumor já existente, e esses novos focos de câncer ganha a denominação de metástases.

O câncer constitui um problema de saúde pública em nível mundial. No Brasil, trata-se de uma problemática complexa presente no Sistema Único de Saúde (SUS). Estimativas epidemiológicas apontam que o diagnóstico de neoplasias malignas tem aumentado a cada ano. Segundo o documento produzido pelo Inca, denominado *Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil, para o triênio de 2026 a 2028*, estima-se a ocorrência de cerca de 781 mil novos casos de câncer por ano no país, sendo aproximadamente 518 mil quando excluídos os tumores de pele não melanoma (Inca, 2026, p. 33).

A fase inicial da política de oncologia no Brasil, anterior à Constituição Federal de 1988, é caracterizada pela fragmentação das ações e pela ausência de uma política nacional estruturada. O percurso histórico da política oncológica no Brasil tem início em 1921, com a criação do primeiro Instituto de Radium em Belo Horizonte, voltado ao atendimento de pessoas com neoplasias, especialmente para tratamento radioterápico. Em 1937, durante o governo de

Getúlio Vargas, foi criado o Centro de Cancerologia, em 1941, que passou a denominar-se Instituto do Câncer.

Apesar de avanços institucionais, as ações neste período eram desarticuladas, concentradas em grandes centros urbanos orientadas pelo foco da assistência hospitalar. Em 1975, foi instituído o primeiro programa nacional de controle do câncer, marcando uma tentativa inicial de organização das ações no campo, contudo, ainda limitada quanto à sua expansão no território nacional. Nesse contexto, observa-se que a atenção ao câncer se desenvolvia de forma segmentada, sem articulação com outras políticas sociais e distante de uma compreensão ampliada do processo de saúde-doença.

Nesse período, as políticas de saúde no país estavam marcadas por modelos previdenciários e excludentes, além da hegemonia de uma concepção médico-assistencial centrada no indivíduo e na doença. Assim, não havia uma política estruturante para o enfrentamento do câncer, que não era compreendido como uma questão de saúde pública em sua totalidade, mas sim como um problema clínico a ser tratado em espaços especializados, desconsiderando suas determinações sociais e a necessidade de ações de promoção e prevenção.

Nesse contexto, a cobertura dos serviços de saúde expressava os limites do modelo vigente. Conforme Escorel (2012, p. 213), a cobertura em saúde diz respeito à amplitude dos serviços oferecidos, ou seja, ao conjunto de ações e serviços aos quais a população tem acesso. Ela pode ser universal, quando toda a população tem acesso garantido à atenção à saúde independentemente de qualquer critério econômico ou social, ou pode ser segmentada quando o acesso à atenção à saúde é diferenciado por grupos populacionais, dependendo de alguma condição (Escorel, 2012, p. 213).

Em 2005, foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica pela Portaria nº 2.439, contemplando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Essa Portaria representa um marco normativo central na organização da atenção ao câncer, mas sua operacionalização mantém-se, em grande medida, aportada em uma abordagem que tende à fragmentação dos determinantes em variáveis isoladas.

A partir desse marco normativo, destacam-se iniciativas voltadas à qualificação da linha de cuidado do câncer, com ênfase na ampliação do acesso

ao diagnóstico e ao tratamento em tempo oportuno, como a Lei nº 12.732/2012, que estabelece o prazo máximo para o início do tratamento oncológico no SUS, de até 60 dias. Conhecida como a Lei dos 60 dias, traz um marco importante quanto a urgência do tratamento, mas a realidade demonstra os entraves para a efetivação dessa lei.

A partir de 2013, a Política de Atenção a Oncologia passa por um adensamento normativo, sendo substituída pela Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, instituída pela Portaria nº 874/2013, reforçando a organização da atenção oncológica no SUS. Nesse mesmo ano, é criado o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), com o objetivo de integrar e qualificar os registros relacionados à doença. O SISCAN foi instituído pela Portaria nº 3.394/2013, sendo instrumento de monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, à confirmação diagnóstica e ao início do tratamento, reforçando a centralidade da informação e da regulação no desenho da política (Brasil, 2013).

Em 2014, por meio da Portaria nº 140, estabelece-se a organização da rede de atenção oncológica no âmbito do SUS redefinindo critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos habilitados na atenção especializada em oncologia, além de consolidar a lógica de funcionamento de Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e o Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) no SUS (Brasil, 2014).

Em 2017, foi instituído o Plano de Expansão da Radioterapia, por meio da Portaria nº 3.283, com o objetivo de ampliar a oferta desse tipo de tratamento no país, cujo acesso historicamente se apresenta como um dos principais entraves à atenção oncológica no SUS. Isso decorre do fato da radioterapia constituir um serviço que exige maior investimento tecnológico, infraestrutura complexa, equipamentos de alto custo e profissionais altamente especializados, o que historicamente resultou na concentração desse serviço nos grandes centros urbanos e para sua oferta em número insuficiente para atender as necessidades da população.

Esse contexto evidencia a insuficiência da capacidade de atendimento, resultando em extensas filas para acesso ao tratamento e intensificando, inclusive, o deslocamento de pacientes para outras regiões. Muitas vezes, esse

deslocamento ocorre em condições precárias de permanência, resultando na dificuldade de adesão ao tratamento, reduz as chances reais de cura, agrava o quadro clínico e favorece a progressão da doença. Por conseguinte, contribui para a reprodução das desigualdades no acesso ao cuidado e explicita a distância entre o direito formal à saúde e sua efetiva materialização no cotidiano dos serviços.

A Lei nº 13.896, sancionada em 30 de outubro de 2019, é conhecida como a "Lei dos 30 Dias" e determina que pacientes com suspeita de câncer no SUS têm direito à realização de exames necessários para o diagnóstico no prazo máximo de 30 dias. A definição desse prazo não reconhece a heterogeneidade presente no sistema de saúde brasileiro, que é fortemente marcado pelas desigualdades de oferta e acesso a serviços, principalmente no que tange a alta complexidade, como nos casos voltados a atenção oncológica.

Os exames como biópsias, tomografias, ressonâncias ou análises laboratoriais mais complexas não estão disponíveis tão facilmente a todas as camadas da população. Infelizmente, ainda é latente que a oferta desses exames especializados esteja concentrada nos centros urbanos, nas capitais, o que impõe barreiras de acesso, ocasionando um diagnóstico e tratamento tardio, assim como o abreviamento da vida. Desse modo, o acesso ao diagnóstico depende não apenas da existência do serviço, mas de uma série de mediações, como a oferta de serviços, deslocamento geográfico, condições socioeconômicas e capacidade instalada da rede.

Dados de alguns estudos realizados a partir do acompanhamento de clientela de serviços universitários mostram que a maioria dos pacientes tem seu diagnóstico feito já nas fases mais avançadas da doença, comprometendo, assim, a eficácia do tratamento e reduzindo a sobrevida em cinco anos (Escorel, 2012, p. 172).

A atualização mais recente é com a promulgação da Lei nº 14.758/2023, que institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer. A Lei, reforça a integralidade do cuidado, a articulação em rede e a incorporação de ações que abrangem desde a prevenção até os cuidados paliativos. Inserida na organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas

com Doenças Crônicas, reafirma a responsabilidade do Estado na garantia do acesso universal e equânime às ações e serviços de saúde.

Essa Lei estrutura de forma mais abrangente e integrada o cuidado ao paciente oncológico, ao contemplar ações desde a prevenção e o diagnóstico até o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos. Ao mesmo tempo, reforça a lógica de organização em rede, os sistemas de informação e a necessidade de monitoramento contínuo das ações, buscando maior coordenação entre os diferentes pontos de atenção.

Assim, a Política de Atenção Oncológica passa a ter *status* de lei, o que garante maior estabilidade institucional, visibilidade sobre o tema e organização do Estado quanto a sua execução. A inclusão explícita da abordagem de cuidados paliativos também representa um passo importante no reconhecimento do direito ao cuidado de forma digna durante o curso da doença até o fim de vida.

O Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer, instituído pela Portaria GM/MS Nº 6.592, de 4 de fevereiro de 2025, ao mesmo tempo que representa uma resposta concreta a um problema real, também expressa os limites estruturais da organização do cuidado oncológico no SUS. Conforme a normativa, a navegação da pessoa com suspeita ou diagnóstico de câncer consiste na busca ativa e no acompanhamento individual dos processos envolvidos no diagnóstico e no tratamento da doença.

Nessa direção, o programa tem como objetivo acompanhar o/a paciente ao longo da linha de cuidado e orientá-lo/a dentro do sistema, a fim de facilitar o acesso e melhorar a coordenação do cuidado em rede. Na prática, pressupõe a atuação de um profissional de saúde, na função de navegador, responsável por acompanhar o/a paciente desde a suspeita ou confirmação do diagnóstico, com as orientações sobre os fluxos e serviços, articulação com a rede, e identificar as barreiras de acesso, com o objetivo de garantir continuidade do cuidado.

Esse ponto traz o reconhecimento que o câncer não deve ser visto apenas no ponto clínico da doença, mas sobretudo visualizar a rede de tratamento e sua organização, admitindo que o SUS, mesmo baseado no princípio da universalidade e equidade, é complexo e difícil de acessar. O intuito é tentar reduzir o abandono de tratamento, as desigualdades de acesso e os atrasos em cada etapa referenciada. Contudo, constata-se que o Programa não

resolve essa desigualdade de acesso, apenas administra suas consequências, pois atua sobre o percurso do paciente, sem alterar as condições que produzem tais barreiras.

A política oncológica brasileira consolidou-se através da luta coletiva e pressão social. Sua trajetória revela um processo marcado pela alternância entre avanços e desafios, contudo, esse avanço é visto em normativas, que constituem promessas e não uma entrega de resultados. A trajetória da política oncológica possui como papel central os movimentos sociais, as organizações de pacientes, as associações profissionais e entidades da sociedade civil, que no campo da saúde coletiva, são denominadas de *advocacy*⁷ em saúde.

Destaca-se nesse cenário, como exemplo, o Movimento Todos Juntos contra o câncer (TJCC), enquanto força mobilizadora na luta por melhorias no cuidado oncológico. O TJCC produz dados importantes sobre a jornada do paciente com câncer, com o intuito de trazer inovações nas políticas públicas com base em evidências. Em pesquisa realizada com mais de 2.000 pessoas, 75% dos/as pacientes oncológicos afirmaram desconhecer a nova Política de Oncologia, enquanto entre a população em geral esse índice é de 67%. Isso evidencia que a aprovação da lei não se traduz automaticamente em conhecimento ou acesso a ela (Mota, 2024, p. 84).

Esse dado assume contornos ainda mais graves quando analisado à luz das desigualdades regionais. Nas regiões Norte e Nordeste, onde o acesso à informação qualificada em saúde é historicamente mais restrito e a presença de serviços especializados é insuficiente, o desconhecimento da política tende a ser ainda mais agravado, aprofundando a distância entre o direito formalmente garantido e a realidade concreta dos sujeitos que necessitam. O TJCC, assim como outras organizações da sociedade civil atuam, não apenas como produtor de evidências, mas como agente de pressão institucional, articulando pacientes, profissionais de saúde, gestores e pesquisadores em torno de uma pauta comum: a de que todo brasileiro, independentemente de onde vive, deve ter acesso oportuno e integral ao cuidado oncológico (Abrale; Tjcc, 2025).

⁷ A Advocacia em Saúde se configura como ação de caráter intencional, implementada em conjunto e em prol de indivíduos e coletividades, especialmente para os que sofrem com as desigualdades sociais em saúde, com o objetivo de preservá-la ou melhorá-la, tanto quanto empoderá-la e promover o bem-estar (Farias *et al.*, 2023, p. 4).

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) no âmbito do SUS, representa uma conquista expressiva desse campo, contudo, os movimentos sociais têm insistido na necessidade de distinguir entre a existência formal de uma política e sua concretização nos territórios onde vivem os/as pacientes (Brasil, 2023). Como advertem os próprios sujeitos desse movimento, "a lei, por si só, não serve para nada, ela só define o que precisa ser feito" (Mota, 2024, p. 88), o que implica reconhecer que a luta não termina com a publicação das normativas, mas recomeça a cada etapa da implementação.

Essa distância entre o plano normativo e a realidade concreta expressa, de forma contundente, aquilo que a literatura da saúde coletiva identifica como uma das principais fragilidades da organização do sistema de saúde: a insuficiência dos processos de regionalização. Embora a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) estabeleça a organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas como diretriz estruturante, a efetivação dessas redes encontra limites em entraves históricos e persistentes relacionados à distribuição desigual dos serviços, às disparidades territoriais, ao subfinanciamento e às dificuldades na articulação entre os diferentes níveis de atenção.

O estudo publicado na Revista *Contribuciones a las Ciencias Sociales* (2024), a partir de revisão sistemática de literatura nacional e internacional, identificou que os principais obstáculos à política oncológica no SUS incluem a desigualdade regional no acesso aos serviços, a gestão fragmentada entre os níveis de atenção e a capacitação insuficiente de profissionais nas regiões periféricas do país (Moura, *et al.*, 2024, p. 03).

Um dos paradoxos mais reveladores desse cenário é a distância entre a aprovação de novas tecnologias oncológicas e a sua chegada efetiva ao paciente. O Brasil tem avançado significativamente na incorporação de terapias inovadoras, através da ampliação do rol de medicamentos e procedimentos disponíveis no SUS. Contudo, a aprovação formal de uma tecnologia não garante seu acesso real. Entre a norma e o tratamento administrado, é posto ao paciente barreiras de diferentes naturezas, logística, estrutural, financeira.

Essas barreiras estão representadas na ausência de aceleradores lineares em regiões inteiras do território nacional, na insuficiência de leitos de quimioterapia no interior dos estados, na escassez de patologistas, onde o Brasil

conta com apenas 1,6 por 100 mil habitantes, quando o padrão recomendado é de 7 a 9 (Mota, 2024, p. 87), e na falta de integração entre os níveis de atenção da saúde, que compromete o encaminhamento em tempo hábil dos casos suspeitos. Esses entraves estruturais, são reconhecidos no debate público sobre o câncer, mas se confrontam com a compreensão historicamente limitada da doença, onde a compreende, em última instância, como uma questão individual.

O câncer é uma doença que politicamente é tratada como algo individual. Isso reflete um modelo histórico centrado na cura clínica e na responsabilidade comportamental, ainda que especialistas e órgãos de saúde o reconheçam como um grave problema de saúde pública (Inca, 2019, p. 03). Embora seja reconhecida como uma doença multifatorial, a percepção ainda prevalente tende a enfatizar dimensões individuais como os hábitos de vida e comportamentos, em detrimento das determinações sociais que condicionam sua ocorrência.

Frequentemente, as explicações em torno do adoecimento por câncer vêm massivamente sendo explicado, tanto pelas mídias quanto no planejamento das políticas, como consequência de hábitos individuais a exemplo do tabagismo, do sedentarismo, e da alimentação inadequada. Essa interpretação não é acidental: trata-se de uma leitura baseada nos DSS que, quando apropriada de forma fragmentada, tende a reduzir a determinação social do câncer a um conjunto de fatores de risco associados ao comportamento individual, deslocando a análise das estruturas sociais para a responsabilização dos sujeitos.

E como as políticas públicas voltadas para o câncer se comportam nesse cenário? De forma implícita ou não, é possível observar a incorporação dos DSS quando se trata de prevenção e de fatores de risco, principalmente nas campanhas de saúde. No seu interior, opera-se uma lógica voltada à identificação de fatores de riscos, grupos mais expostos às desigualdades sociais e à necessidade de mudança de comportamento, em vez do enfrentamento das determinações estruturais do processo saúde-doença. Como exemplo, têm-se as campanhas voltadas ao “Pare de fumar”, centradas no comportamento do indivíduo e em sua responsabilização, em detrimento de um enfrentamento real às empresas de produção de cigarro e aos interesses econômicos que sustentam essa indústria.

O Brasil possui um robusto arcabouço legal voltado para a Atenção em Oncologia, através de leis e portarias que organizam a política de atendimento, contudo, esse avanço é normativo e não é visto na efetivação do acesso no cotidiano. A ampliação das legislações é importante, mas não é o suficiente para garantir um acesso equânime no cuidado. Segundo Escorel (2012, p. 172), no caso da oncologia, embora existam ações voltadas à promoção da saúde e à redução de fatores de risco, a política se estrutura predominantemente no eixo assistencial, com forte dependência de serviços de alta complexidade. Tal configuração reforça uma lógica centrada no tratamento da doença já instalada, ao mesmo tempo em que evidencia os limites das ações preventivas.

As neoplasias malignas representam uma das principais causas de morte no perfil de mortalidade no mundo. No Brasil, o grupo das neoplasias é a segunda causa de mortalidade da população.

A mortalidade por neoplasias é fortemente afetada pela capacidade diagnóstica existente e pelo acesso da população aos recursos para diagnóstico e tratamento. Em parte por esse fato e em parte pela maior ocorrência de neoplasias entre adultos e idosos, a mortalidade por este grupo de causas costuma ser tanto maior quanto melhores forem as condições de vida da população, embora existam certos tipos de câncer, como os carcinomas de estômago ou de esôfago, que estão associados à pobreza e à falta de higiene, principalmente nas etapas iniciais da vida (Escorel, 2012, p. 172).

A incorporação dos DSS no campo da oncologia é observada, principalmente, na ênfase atribuída aos fatores associados ao adoecimento, bem, como na criação de estratégias de prevenção e rastreamento e na importância do diagnóstico precoce. O câncer não pode ser explicado somente pelas questões biológicas e mutações de células, mas envolve condições relacionadas ao ambiente, ao trabalho, à renda e de acesso às políticas públicas e aos serviços de saúde. Faz-se importante ampliar o entendimento sobre o processo de saúde-doença e incorporar dimensões sociais na análise do adoecimento.

Conforme apontam Buss e Pellegrini Filho (2007), essa tendência pode reduzir a complexidade dos determinantes sociais a um conjunto de fatores isolados, passíveis de intervenção técnica, sem necessariamente enfrentar as condições estruturais que os produzem. Diversos estudos demonstram que a distribuição dos chamados fatores de risco não é aleatória, as populações mais

pobres estão mais expostas a ambientes degradados, jornadas de trabalho extenuantes, insegurança alimentar, menor acesso a serviços de saúde e às políticas de prevenção.

As pessoas de maior renda, mais escolaridade, com cobertura de planos de saúde, residentes em áreas urbanas e nas regiões mais desenvolvidas são as que procuram e utilizam mais serviços de saúde quando deles necessitam. Relativamente, os indivíduos mais pobres procuram preferencialmente por motivo de doenças e os mais ricos, para exames de rotina e prevenção (Scorel, 2012, p. 195).

Assim, comportamentos de risco não são apenas escolhas, mas respostas possíveis dentro de condições objetivas limitadas. Nesse sentido, não se trata apenas de entender o porquê indivíduos fumam, se alimentam mal ou não praticam atividade física, mas sim de quais condições sociais tornam esses comportamentos mais prováveis em determinados grupos sociais. O consumo de alimentos ultraprocessados não se trata apenas de uma preferência, mas a opção mais barata e acessível para determinadas populações. A baixa adesão aos exames de rastreamento e prevenção, pode ser visto como a ausência de informação, assim como o reflexo das barreiras estruturais de acesso aos serviços de saúde.

A exposição a ambientes poluídos, a inserção em trabalhos precarizados e a limitação de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer não se distribuem de forma homogênea, mas incidem fortemente no processo de saúde-doença de populações que concentram maior exposição, e enfrentam as barreiras de acesso aos serviços de saúde, seja pela insuficiência da rede, pela distância geográfica ou pela baixa resolutividade das políticas públicas.

Como falar em saúde em um país estruturalmente desigual, onde as condições de viver e adoecer são profundamente marcadas pela posição que os sujeitos ocupam na sociedade? Os dados de renda revelam essa fratura com precisão. Em 2024, o rendimento domiciliar per capita médio atingiu R\$ 2.017 para o conjunto da população brasileira, mas essa média esconde disparidades regionais profundas. Enquanto as regiões Sul (R\$ 2.488), Sudeste (R\$ 2.377) e Centro-Oeste (R\$ 2.321) registraram os rendimentos mais elevados, Norte e Nordeste ficaram abaixo com rendas de R\$ 1.389 e R\$ 1.312, respectivamente (IBGE, 2025, p. 50).

No plano estadual, o contraste é ainda mais nítido. Os estados do Maranhão (R\$ 1.079), Ceará (R\$ 1.202) e Amazonas (R\$ 1.237) concentraram os menores rendimentos domiciliares per capita do país, ao passo que o Distrito Federal (R\$ 3.281), São Paulo (R\$ 2.582) e Santa Catarina (R\$ 2.552) registraram os maiores (IBGE, 2025, p. 51). Uma diferença de mais de três vezes entre os extremos.

A desigualdade de renda do trabalho segue o mesmo padrão. Em 2024, os trabalhadores ocupados no Norte recebiam, em média, apenas 76,4% da média nacional; no Nordeste, esse percentual caía para 69,5%. Os estados do Maranhão (R\$ 2.051) e Ceará (R\$ 2.053) possuem os menores rendimentos médios mensais do país, enquanto Distrito Federal (R\$ 5.037) e São Paulo (R\$ 3.884) ocuparam o topo (IBGE, 2025, p. 24). Essas desigualdades territoriais se articulam, de forma estrutural, com raça e gênero.

Em 2024, pessoas brancas recebiam, em média, 65,9% a mais do que pessoas pretas ou pardas; e homens ganhavam 27,2% a mais do que mulheres (IBGE, 2025, p. 22). A pobreza tem rosto definido, pretos e pardos representam 56,8% da população total, mas somavam mais de 70% dos pobres e extremamente pobres. As taxas de pobreza eram de 29,8% entre pardos e 25,8% entre pretos contra 15,1% entre brancos. As mulheres pretas ou pardas tinham a maior incidência, sendo de 30,4% em situação de pobreza (IBGE, 2025, p. 66). Tais disparidades expressam uma formação sociohistórica marcada pelo racismo, pela herança escravocrata e por uma inserção dependente na economia global, determinações que produzem padrões específicos de adoecimento e morte.

Na comparação internacional, o Brasil ocupa o 2º lugar entre os países mais desiguais dos 40 analisados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), em 2022: os 20% mais ricos ganham 11 vezes mais do que os 20% mais pobres, ficando atrás apenas da Costa Rica (IBGE, 2025, p. 58). Diante desse quadro de extremas desigualdades, as políticas de saúde enfrentam um desafio adicional, o subfinanciamento crônico e sucessivas contrarreformas que corroem a capacidade do Estado de responder às determinações sociais mais profundas do adoecimento.

A análise dos DSS no campo da oncologia torna-se ainda mais evidente quando se observam cânceres cuja incidência está diretamente relacionada às

condições de vida, a exemplo do câncer de colo do útero e o câncer de pênis. Diferentemente de neoplasias associadas a fatores genéticos ou ambientais, essas neoplasias apresentam relação direta com as condições socioeconômicas, acesso a serviços de saúde, educação em saúde, práticas de higiene e cobertura vacinal, evidenciando a centralidade das desigualdades sociais na incidência.

O câncer de pênis tem sua maior incidência em regiões com menor nível socioeconômico e de escolaridade, dado que a presença de fatores de risco tende a ser maior nesses locais. Os principais fatores compreendem a higiene genital precária, tabagismo, história de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e infecção pelo papilomavírus humano (HPV). O Maranhão é o estado com menor rendimento domiciliar per capita médio entre todas as unidades da federação (IBGE, 2025, p. 51), e apresenta o maior índice de casos de câncer de pênis, em média, são 6 casos a cada 100 mil homens (Vieira; *et al.*, 2020, p. 1).

O câncer de colo do útero, é reconhecido como uma doença evitável, principalmente pela adesão a vacina contra o HPV, assim como a realização periódica do exame citopatológico. Em 2024, o Brasil atingiu mais de 82% de cobertura vacinal contra o HPV entre meninas de 9 a 14 anos, enquanto entre os meninos da mesma faixa etária a cobertura chegou a 67%. Entre as meninas, a cobertura passou de 78,42% em 2022 para 82,83% em 2024, e entre os meninos, de 45,46% para 67,26%. A meta estabelecida pelo Ministério da Saúde é de 90% para cada sexo (Brasil, 2025).

No Brasil, o câncer de colo do útero ainda figura entre as principais causas de morte por câncer entre mulheres, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, onde se concentram maiores desigualdades sociais (Inca, 2022, p. 04). Segundo o Inca (2022a), a taxa nacional é de 4,60 óbitos a cada 100 mil mulheres, na Região Norte, é a 1º causa de mortes entre as mulheres, com a taxa de 9,52 a cada 100 mil mulheres

Não se trata apenas de adoecer mais, mas também de morrer em contextos marcados por piores condições de vida e por maiores dificuldades de acesso à saúde. No que se refere à desigualdade no acesso ao rastreamento, a cobertura do exame corresponde a 72% entre mulheres sem instrução e em 90% entre mulheres com ensino superior. Além disso, 6,1% das mulheres nunca

realizaram o exame, sendo os principais motivos apontados: “não acha necessário” (45,1%); falta de orientação (14,8%); vergonha (13,1%); dificuldade de acesso ao serviço (7,3%). Esses dados evidenciam que a não realização do exame não pode ser compreendida apenas como uma escolha individual, mas como expressão da produção social do não acesso ao serviço (Inca, 2022a, p. 17).

O câncer de colo do útero tem cor. As mulheres brancas têm maior cobertura de exame (83,4%) que as mulheres pretas e pardas com menor acesso (81,2% e 79,3% respectivamente), o racismo estrutural no SUS e na sociedade, reproduz a desigualdade de acesso à rede de cuidado, a prevenção e diagnóstico precoce (Inca, 2022a, p. 19). Quanto maior renda, maior acesso a realização de exames, reverberando no maior acesso à informação, tempo disponível, condições de cuidado e acesso aos serviços (Inca, 2022a, p. 15).

O câncer do colo do útero é um exemplo de que o processo de saúde-doença não pode ser reduzido a fatores individuais ou comportamentais. Vista como uma doença evitável, cujo controle depende de tecnologias simples e amplamente conhecidas, mas que segue reproduzindo uma incidência e mortalidade desigual. No Brasil, sua distribuição acompanha o mapa da pobreza, do racismo e da desigualdade territorial, conforme supracitado. As mulheres negras, com baixa escolaridade e residentes em regiões periféricas são as mais expostas ao risco de adoecer e morrer.

Segundo a pesquisa denominada *O cenário do câncer no Brasil* (Estadão Blue Studio, 2024), os dados evidenciam importantes desigualdades no acesso à saúde. Os principais gargalos estão relacionados às diferenças geográficas e às questões socioeconômicas, culturais e estruturais, que impactam diretamente a qualidade da atenção oncológica.

Os dados são extremamente preocupantes: no Brasil 51% dos/as pacientes esperam até seis meses para conseguir a primeira consulta; 3% enfrentam até dois anos entre sintomas e diagnóstico; 95% passam por até quatro especialistas antes da confirmação do diagnóstico (Estadão Blue Studio, 2024, p. 06).

Quanto ao tempo para o início do tratamento, observa-se o intervalo mínimo entre o diagnóstico e tratamento pode chegar a 12 meses, enquanto a espera média no SUS é de cerca de vinte meses. Quanto ao território, há

pacientes que chegam a percorrer 600 a 800 km para fazer radioterapia, além de regiões em que exames simples, como ultrassonografia, têm fila de até dois anos. As regiões economicamente mais desenvolvidas concentram maior número de hospitais, equipamentos e tecnologias. Já nas regiões pobres ou remotas, observa-se um cenário marcado pela ausência de equipamentos, escassez de especialistas e dificuldade no acesso ao diagnóstico e ao tratamento (Estadão Blue Studio, 2024, p. 11).

No Maranhão, alguns dados são importantes para compreender os desafios da execução da política de atenção oncológica no estado. Segundo o Censo do IBGE de 2022, o Maranhão possui 6.776.699 habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,676 e rendimento domiciliar mensal *per capita* de R\$ 1.219, em 2025, o menor valor entre as Unidades Federativas (UFs). Esses indicadores revelam condições socioeconômicas que incidem diretamente sobre o acesso ao tratamento oncológico uma vez que a baixa renda afeta a capacidade de deslocamento, a realização de exames, a manutenção da alimentação adequada, bem como a adesão e a continuidade do tratamento (Brasil, 2025).

Segundo o Inca, o Maranhão deve registrar cerca de 13.010 casos novos de câncer quando se inclui o câncer de pele não melanoma, e 9.630 casos novos nas estimativas em que o câncer de pele é excluído (Inca, 2026). Entre os homens, o câncer mais incidente é o de próstata (1.700 casos; taxa bruta 49,24/100 mil; taxa ajustada 41,34/100 mil). Entre as mulheres, o mais incidente é o de mama (1.130 casos; taxa bruta 31,68/100 mil; taxa ajustada 28,36/100 mil). O cenário do adoecimento por câncer no Maranhão evidencia que a distribuição da doença não ocorre de maneira homogênea entre os territórios, reforçando a compreensão de que o processo saúde-doença não pode ser explicado exclusivamente por fatores biológicos ou comportamentais individuais.

Estudo desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas Ambientais da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), ao analisar internações e óbitos por câncer de pulmão em São Luís entre os anos de 2000 e 2024, identificou crescimento expressivo da doença na capital maranhense, registrando aumento aproximado de vinte vezes ao longo do período analisado. O levantamento também apontou maior concentração de casos em territórios específicos, entre eles Vila Embratel, Centro e Turu.

Esses resultados permitem problematizar leituras reducionistas do adoecimento oncológico centradas exclusivamente em fatores individuais, como hábitos de vida ou predisposição genética. Embora o câncer de pulmão apresente associação reconhecida com fatores como tabagismo e determinadas exposições ambientais, sua ocorrência concreta manifesta-se em territórios marcados por condições desiguais de reprodução social, acesso diferenciado a bens e serviços públicos e distintas formas de exposição a processos de degradação socioambiental.

O câncer do colo do útero apresenta incidência expressiva no Maranhão com 1.020 casos; taxa bruta 28,66 por 100 mil mulheres e taxa ajustada 21,80 por 100 mil, o que evidencia desigualdades relacionadas ao rastreamento, à vacinação e ao acesso aos serviços de saúde. O Inca estima, ainda, para 2026, 600 casos novos de câncer de traqueia, brônquios e pulmão, 520 de estômago e 510 de cólon e reto no estado. Cânceres como os de estômago, colo do útero, pulmão e cavidade oral relacionam-se diretamente às desigualdades sociais, às exposições ambientais e laborais, ao tabagismo, à alimentação, à infecção por HPV e ao acesso desigual ao diagnóstico precoce (Meira, *et al.*, 2023, p. 02).

O estudo publicado na *Revista Brasileira de Cancerologia* (2023) mostrou que, no Nordeste, as maiores taxas de mortalidade por câncer do colo do útero se concentraram em municípios do Maranhão, entre outros estados, e que essa mortalidade esteve associada a piores indicadores sociodemográficos (Meira *et al.*, 2023, p. 02). O segundo refere-se a de tumores ligados a condições materiais de vida e trabalho. No Maranhão, tem-se a incidência de cânceres de estômago, pulmão e cavidade oral. Esses tumores têm relação com tabagismo, dieta, infecções, poluição, ocupação e acesso tardio ao sistema de saúde (Inca, 2026).

Diante desse cenário, o estado conta com apenas cinco principais serviços de oncologia com atendimento ao SUS. Entretanto, o Plano Estadual de Atenção Oncológica do Maranhão aponta que, diante das estimativas de incidência de câncer, haveria a necessidade de implantação de mais quatro serviços de alta complexidade em oncologia.

Na tabela abaixo, é possível visualizar os principais serviços que compõem a rede de atenção oncológica no estado do Maranhão, evidenciando

sua natureza institucional, distribuição territorial e tipos de procedimentos ofertados.

Quadro 1: Rede Atenção Oncológica no Maranhão.

Nome	Localização	Natureza	Atendimento ao SUS	Serviços
Hospital de Oncologia do MA	São Luís/MA	Público	Sim.	Quimioterapia, radioterapia e cirurgias.
Hospital Aldenora Bello	São Luís/MA	Filantrópico	Sim	Quimioterapia, radioterapia e cirurgias.
Hospital Antônio Dino	Pinheiro/MA	Filantrópico	Sim.	Quimioterapia e acompanhamento.
Hospital São Rafael/Oncoradium	Imperatriz/MA	Privado	Sim, convênio.	Quimioterapia, radioterapia e cirurgias.
Hospital Macrorregional Caxias	Caxias/MA	Público	Sim.	Cirurgia, quimioterapia e acompanhamento.
HUUFMA	São Luís/MA	Público	Sim.	Cirurgia e diagnóstico.
UDI/Rede D'Or	São Luís/MA	Privado	Não.	Quimioterapia, cirurgias e acompanhamento.
Oncologia D'Or	São Luís/MA	Privado	Não	Quimioterapia e acompanhamento.
Hospital São Domingos	São Luís/MA	Privado	Sim, convênio.	Quimioterapia, radioterapia e cirurgias.
Hospital Maranhense	São Luís/MA	Privado	Não.	Quimioterapia, cirurgia e acompanhamento.
Hapvida	São Luís/MA	Privado	Não.	Quimioterapia, cirurgia e acompanhamento.
Oncovida	São Luís/MA	Privado	Não.	Quimioterapia

Fonte: Elaboração própria (2026), com base em INCA, SES/MA, CNES e dados institucionais.

No estado do Maranhão, identificam-se aproximadamente doze serviços que, de alguma forma, compõem a rede de atenção oncológica, considerando unidades públicas, filantrópicas e privadas. No entanto, apenas cinco desses serviços são habilitados como de alta complexidade em oncologia no âmbito do

SUS, o que evidencia a forte dependência de serviços complementares e do setor privado para garantia do cuidado integral.

1. Serviços estruturantes (CACON/UNACON):
Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho;
Hospital Aldenora Bello (IMOAB);
Hospital Antônio Dino (Pinheiro/MA);
Hospital São Rafael / Oncoradium;
Hospital Macrorregional de Caxias/MA.
2. Serviços públicos complementares:
Hospital Universitário da UFMA (HUUFMA)
3. Serviços privados / suplementares / conveniados:
UDI Hospital / Rede D'Or;
Oncologia D'Or Maranhão;
Hospital São Domingos;
Hospital Maranhense Hapvida (rede própria);
Oncovida Clínica Oncológica.

Observa-se uma rede fragmentada e híbrida, marcada pela coexistência de serviços públicos, filantrópicos e privados, com forte presença de unidades complementares ao SUS. Nesse contexto, hospitais e clínicas privadas, como unidades vinculadas à rede suplementar e centros especializados, passam a desempenhar papel estratégico na assistência oncológica, revelando a insuficiência da oferta estatal e a presença de uma lógica de segmentação do acesso, na qual o cuidado em saúde é mediado pela condição socioeconômica dos usuários.

É possível observar a existência de poucos centros de alta complexidade em oncologia no Maranhão, concentrados majoritariamente na capital, São Luís/MA, além da significativa dependência do setor privado. Esse cenário evidencia a fragmentação territorial do cuidado. Um exemplo é a radioterapia: somente em 2026 o Maranhão passa a contar com um centro totalmente público e vinculado ao SUS. Ainda assim, esse serviço não está localizado no Hospital

de Oncologia do Maranhão, mas em outro hospital, Hospital Genésio Rêgo. Tal configuração evidencia que o sistema legitima o acesso tardio e limitado aos serviços de alta complexidade em oncologia.

A incorporação dos DSS nas políticas de atenção oncológica representa, um avanço em relação ao modelo estritamente biomédico, mas por serem frequentemente operacionalizados como um conjunto de fatores ou condicionantes, tendem a deslocar a explicação do processo de saúde-doença para dimensões fragmentadas e individualizadas, obscurecendo os processos estruturais que produzem essas condições.

Na normativa da Política Nacional, os determinantes sociais comparecem de forma explícita já nos princípios e diretrizes gerais, enunciados no artigo 3º da Lei nº 14.758/2023. O inciso III determina a articulação intersetorial como princípio da política, reconhecendo que o controle do câncer não pode ser restrito ao setor saúde, mas exige a confluência de ações nos campos da educação, do trabalho, do meio ambiente e da assistência social.

O inciso VI reforça essa perspectiva ao prever "a realização de ações intersetoriais, buscando-se parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações de prevenção e controle do câncer" (Brasil, 2023). A intersetorialidade, nesse sentido, não é apenas uma estratégia operacional, mas um reconhecimento normativo de que as causas do câncer são socialmente produzidas e demandam respostas igualmente sociais (Mendes, 2011).

O parágrafo único do artigo 3º, ao determinar que o financiamento federal deve "priorizar recursos adicionais para amenizar as disparidades regionais de acesso", opera na lógica da equidade vertical, dar mais a quem tem menos, reconhecendo que a desigualdade territorial é, ela própria, um determinante estrutural do acesso oncológico no Brasil.

O artigo 5º, que trata especificamente das diretrizes de prevenção e promoção da saúde, constitui o núcleo mais robusto de ancoragem dos DSS na lei. No inciso I traz a "identificação e intervenção nos determinantes e condicionantes dos tipos de câncer, orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil que promovam a saúde e a qualidade de vida". Essa formulação dialoga diretamente com o conceito de determinantes distais do câncer, que inclui condições socioeconômicas como renda, escolaridade, moradia e acesso a serviços.

A lei aborda determinantes de natureza ambiental e laboral. O inciso V, do artigo 5º prevê o "enfrentamento dos impactos dos agrotóxicos na saúde humana e no ambiente", reconhecendo que a exposição a substâncias cancerígenas é desigualmente distribuída e recai principalmente sobre trabalhadores rurais e populações de baixa renda com menor proteção trabalhista (Carneiro *et al.*, 2015). O inciso IX, por sua vez, determina a "eliminação, redução e controle de fatores de risco físicos, químicos e biológicos e intervenção sobre seus determinantes socioeconômicos", linguagem que incorpora explicitamente a dimensão de classe social como condicionante do risco pelo adoecimento de câncer. O inciso X complementa essa lógica ao focar na redução da exposição a cancerígenos ocupacionais, reiterando que o trabalho é um determinante estrutural da saúde e da doença (Marmot, 2007).

No campo da alimentação e dos hábitos de vida, a lei transcende a perspectiva individualista ao propor não apenas a promoção de hábitos saudáveis, mas a regulação do ambiente alimentar. Os incisos VII e VIII do artigo 5º prever a normatização de produtos cancerígenos e a ampliação de medidas restritivas ao marketing de alimentos ultraprocessados, especialmente os dirigidos a crianças. Essa abordagem reconhece que o padrão alimentar é estruturalmente condicionado por renda, disponibilidade territorial de alimentos saudáveis e pela publicidade massiva de produtos nocivos, fatores que afetam de modo desproporcional as populações mais pobres (Monteiro *et al.*, 2013).

O Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer, instituído nos artigos 11 e seguintes da Lei nº 14.758/2023, representa uma tentativa de superação das barreiras geradas pelos DSS no percurso assistencial oncológico. O modelo de navegação foi formulado precisamente como resposta às desigualdades sociais no acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer (Freeman, 2006). Sua incorporação ao ordenamento jurídico brasileiro representa, portanto, uma mediação institucional como estratégia de redução de desigualdades em saúde.

O parágrafo primeiro do artigo 11 define a navegação como "a busca ativa e o acompanhamento individual dos processos envolvidos no diagnóstico e no tratamento do câncer". Essa definição, embora funcional, subestima a dimensão social da navegação, pois o processo de navegação é compreendido como a identificação e remoção de barreiras individuais, sistêmicas e socioeconômicas

ao cuidado, incluindo limitações financeiras, dificuldades de transporte, baixa produção em saúde, barreiras culturais e linguísticas, discriminação e desorganização da rede assistencial (Wells *et al.*, 2008; Battaglia *et al.*, 2012). O parágrafo segundo do mesmo artigo, ao estabelecer como objetivo principal do programa "identificar e superar barreiras que possam prejudicar as medidas de prevenção e controle do câncer", aproxima-se desta compreensão mais ampla, reconhecendo que tais barreiras são, em sua maioria, expressões concretas dos DSS na trajetória do paciente oncológico.

A navegação, opera em dois planos distintos porém complementares. No plano individual, atua sobre as consequências dos DSS, o paciente que não compreende o diagnóstico, que não consegue agendar exames, que abandona o tratamento por impossibilidade de deslocamento. No plano estrutural, deveria atuar sobre as causas, reorganizando fluxos, identificando lacunas sistêmicas e devolutivas aos gestores com informações sobre as barreiras mais prevalentes. Para que o programa cumpra esse duplo papel, é necessário que o perfil do navegador, sua formação, seu vínculo institucional e seus instrumentos de trabalho incorporem competências de análise social, não apenas de gestão de casos clínicos (Fiscella *et al.*, 2011).

Apesar do avanço normativo representado pela Lei nº 14.758/2023, a análise de seu texto revela lacunas importantes na operacionalização dos DSS. A primeira diz respeito à ausência de recorte étnico-racial explícito, a lei não traz de forma explícita sobre as populações negras, indígenas, quilombolas ou imigrantes como grupos prioritários, embora a literatura brasileira e internacional demonstre que raça e etnia são determinantes independentes do diagnóstico tardio e da mortalidade por câncer (Goes; Nascimento, 2013; Silva *et al.*, 2020).

A segunda lacuna refere-se ao sistema de informação previsto no artigo 4º, a lei não exige que o sistema registre variáveis socioeconômicas e raciais, tornando impossível monitorar se as desigualdades estão sendo reduzidas ao longo do tempo. Sem dados desagregados por raça/cor, renda, escolaridade e território, a política permanece cega às desigualdades que se propõe a enfrentar (Braveman *et al.*, 2011). A terceira lacuna concerne à governança intersetorial, pois a lei traz a articulação intersetorial como princípio, mas não cria estruturas, instâncias ou mecanismos que efetivem essa articulação, tornando-a

dependente de vontade política e de arranjos locais frágeis (Nogueira; Farani, 2021).

Essas limitações não reduzem a relevância do avanço normativo representado pela lei, mas evidenciam que sua capacidade de enfrentar as desigualdades sociais no campo da Oncologia encontra-se condicionada às disputas políticas que atravessam sua regulamentação, implementação e financiamento. Sob a perspectiva da determinação social do processo saúde-doença, tornam-se visíveis os limites de abordagens centradas nos determinantes sociais quando estes são reduzidos a fatores isolados, apartados dos processos históricos e estruturais que conformam as condições materiais de existência e produzem a distribuição desigual do adoecimento.

Ainda que a incorporação dos determinantes sociais na lei represente um reconhecimento importante da dimensão social do processo de saúde-doença, ela se revela insuficiente quando não enfrenta as relações de classe, as desigualdades raciais, territoriais e as formas de organização do Estado que condicionam o acesso aos bens e serviços de saúde. Sob essa perspectiva, o risco reside em reduzir os determinantes sociais a um conjunto de fatores a serem gerenciados tecnicamente, por meio de protocolos, estratificações de risco ou focalizações, sem que se alterem as bases materiais que produzem essas condições.

A determinação social da saúde, ao contrário, exige a apreensão da totalidade social, compreendendo o adoecimento por câncer não apenas como resultado de exposições isoladas, mas como expressão das contradições estruturais da sociedade, mediadas pela ação ou não do Estado. Assim, a efetividade da política oncológica não depende apenas da presença formal dos determinantes sociais em seu texto legal, mas da capacidade de que estes orientem concretamente as práticas, os protocolos assistenciais, os sistemas de informação e, sobretudo, os critérios de financiamento, de modo a não se restringir ao espaço de administração das desigualdades que marcam o acesso, o tratamento e o morrer por câncer no Brasil.

É justamente quando essa análise se desloca do plano normativo para o plano da materialidade das políticas públicas que suas contradições se tornam mais evidentes. A política se concretiza nos serviços, nos arranjos institucionais e nas formas de gestão que organizam o cuidado no cotidiano do SUS. Nesse

sentido, a análise da política oncológica brasileira ganha densidade quando situada no cotidiano dos serviços de saúde, especialmente em contextos marcados por modelos de gestão com Organizações Sociais. O Hospital de Oncologia do Maranhão, unidade de referência estadual, constitui um exemplo desse arranjo, sendo gerido por meio de parceria entre o poder público e a Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social (ABEAS), configurando um modelo de gestão compartilhada entre o SUS e uma entidade privada sem fins lucrativos (Abeas, 2022).

Esse tipo de organização insere-se no contexto mais amplo de reconfiguração do papel do Estado na gestão das políticas sociais, no qual a execução dos serviços públicos passa a ser mediada por organizações privadas. Embora apresentado como estratégia de ampliação da eficiência e da capacidade de gestão, esse modelo tende a produzir efeitos concretos na organização do cuidado, especialmente no que se refere à fragmentação dos serviços.

No Maranhão, historicamente, procedimentos de alta complexidade, como a radioterapia, foram ofertados de forma insuficiente na rede pública, o que levou à dependência de serviços externos ou à necessidade de ampliação recente da capacidade instalada. A inauguração do Centro de Radioterapia vinculado ao hospital, com investimento federal, evidencia que essa oferta ainda se encontra em processo de expansão e ajuste no estado, pois está localizado na capital, que ainda representa a dificuldade de acesso territorial (Conass, 2025). Tal cenário reforça que o acesso a esse tipo de tratamento permanece condicionado à disponibilidade tecnológica e à distribuição desigual dos serviços.

Da mesma forma, a organização do tratamento quimioterápico, é mediada por contratos e arranjos específicos de gestão, reforçando a segmentação da assistência, dificultando a integração entre os diferentes pontos da rede. Essa fragmentação compromete a continuidade do cuidado, produzindo itinerários terapêuticos marcados por múltiplos encaminhamentos, atrasos e descontinuidades. Além disso, a recorrente insuficiência de medicamentos oncológicos, evidencia outro limite estrutural relevante.

No Maranhão, assim como em outras regiões do país, a concentração de serviços especializados na capital impõe barreiras adicionais a usuários

provenientes do interior do estado, que frequentemente necessitam deslocar-se para São Luís/MA para realizar o diagnóstico e tratamento. Ainda que iniciativas como a casa de apoio vinculada ao hospital busquem mitigar essas dificuldades, oferecendo suporte aos pacientes em tratamento fora de domicílio, tais estratégias operam mais como mecanismos de compensação do que como solução das desigualdades estruturais.

A adesão do hospital à Portaria nº 280/1999, que garante o direito à alimentação apenas aos acompanhantes de pessoas idosas, menores de 18 anos e pessoas com deficiência, evidencia limites importantes na forma como a política pública reconhece, ou deixa de reconhecer, o câncer como uma condição que impõe restrições significativas à vida cotidiana dos/das pacientes. Ao não contemplar, de forma ampliada, os/as acompanhantes de pessoas em tratamento oncológico, a normativa desconsidera as especificidades desse adoecimento, marcado por longos períodos de internação, tratamentos exaustivos e elevada dependência de suporte familiar.

Aparentemente pode ser uma medida pontual, mas seus efeitos são profundamente concretos no cotidiano dos serviços. A ausência do fornecimento de alimentação aos/às acompanhantes impacta diretamente a permanência dos/das pacientes no tratamento, sobretudo aqueles provenientes de contextos socioeconômicos mais pobres, do interior do estado do Maranhão, que dependem do apoio contínuo de familiares durante o cuidado. Tal situação compromete não apenas a dignidade do/da acompanhante, mas também a própria continuidade terapêutica, na medida em que impõe custos adicionais e dificuldades logísticas que podem levar ao abandono do tratamento.

Nesse cenário, observa-se a atuação de movimentos sociais, grupos voluntários e organizações da sociedade civil que, de forma solidária, passam a ofertar alimentação na porta do hospital aos acompanhantes que não têm acesso a esse direito institucionalizado. Ainda que tais iniciativas sejam fundamentais para mitigar o sofrimento imediato e garantir condições mínimas de permanência, elas evidenciam, de forma contundente, a insuficiência da resposta estatal. A presença dessas ações não pode ser compreendida como substitutiva da responsabilidade pública, mas sim como expressão da ausência do Estado na garantia de direitos básicos.

A abordagem dominante dos DSS nas políticas de saúde, em questão na de atenção oncológica, corre o risco de despolitizar a questão da saúde, atribuindo aos indivíduos a responsabilidade por trajetórias que são, em grande medida, socialmente determinadas. Essa racionalidade não impacta apenas o momento do diagnóstico ou do tratamento curativo, mas se estende até as fases mais avançadas da doença. As desigualdades que marcam o acesso à oncologia também se reproduzem no acesso aos cuidados paliativos, nas condições de manejo do sofrimento, no suporte às famílias e, em última instância, nas possibilidades de uma morte digna.

Assim, a forma como se vive, adoece e morre no contexto do câncer não pode ser compreendida fora das determinações sociais mais amplas que estruturam a sociedade. No próximo tópico, discute-se como os DSS são incorporados, na Política Nacional de Cuidados Paliativos, pontuando as contradições entre o reconhecimento das desigualdades e a insuficiência de respostas estruturais para enfrentá-las.

4.2 Determinantes Sociais da Saúde na Política Nacional de Cuidados Paliativos

Na contemporaneidade, é possível observar o crescente interesse em conhecer os cuidados paliativos. O termo cuidado paliativo é empregado em discussões na área da saúde como um conjunto de ações executadas por equipe multiprofissional no cuidado às pessoas, em suas diversas faixas etárias, que estão acometidas de adoecimentos graves sem proposta terapêutica curativa.

Soma-se a esse interesse, o aumento da população mundial, assim como a ampliação da expectativa de vida, envelhecimento populacional, e o aumento de doenças crônicas não transmissíveis que impactam os serviços de saúde, e exigem abordagens nos modelos atuais de cuidado. Além disso, é necessário pontuar o avanço técnico científico na área da saúde que influenciam na sobrevida e prolongam o processo de viver.

Mas os cuidados paliativos não se constitui como prática recente. Historicamente, suas primeiras noções podem ser identificadas na Idade Média,

especialmente durante o período das Cruzadas, tem-se as primeiras noções de cuidar, por meio dos “hospices” locais destinados a acolher e cuidar dos viajantes, peregrinos, doentes, pobres, órfãos. O termo “paliativo” deriva do latim “pallium”, que significa “manto usado pelos peregrinos em suas viagens aos santuários para proteção nas intempéries” (Inca, 2022b, p. 4).

No século XX, destaca-se Cicely Sanders, precursora do movimento Hospice e referência fundamental na história dos cuidados paliativos. Com formação em Enfermagem, Serviço Social e Medicina, Sanders fundou, em 1967 o St. Christopher’s Hospice, instituição considerada um marco na consolidação dos cuidados paliativos modernos.

Sua contribuição central foi a formulação do conceito de “dor total”, ao afirmar que a dor não é apenas física, mas perpassa pelas dimensões sociais, emocionais, psíquicas e espirituais, além do cuidado com a família e rede de apoio dos/das pacientes. Sua trajetória foi marcada pela busca do alívio da dor do outro e a assistência integral, humanizada e orientada à dignidade das pessoas em sofrimento.

Nas Américas, o movimento Hospice é iniciado através da psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, nos Estados Unidos, na década de 1970, com estudos sobre a morte e o morrer. Nesses estudos, por meio de entrevistas com pacientes graves, Elisabeth descreveu os estágios emocionais vividos durante o processo de morrer. Além disso, pontuou as dificuldades das equipes multiprofissionais em lidar com o/a paciente em terminalidade, assim como com as famílias durante a comunicação de notícias difíceis. Assim, através dos seus estudos, destaca-se a necessidade dos cuidados às pessoas com enfermidades graves, assim como o hábito da sociedade evitar falar sobre a morte (Kubler-Ross, 1985, p. 35).

No final dos 1980, a medicina paliativa passa a ser reconhecida no Reino Unido. Seus princípios baseiam-se na boa prática médica, da humanização na assistência, estando centrados em atitudes, na comunicação com familiares e equipe de saúde, no cuidado, na ética e no respeito à vida humana (Chaves; Oliveira, 2024, p. 152).

Ao longo dos anos, os cuidados paliativos tiveram sua abordagem aprimorada. Em 1990, seu conceito foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo revisto e ampliado em 2002, ao incluir a assistência a

outros adoecimentos e comorbidades crônicas ameaçadoras da vida. Dessa forma, os cuidados paliativos deixaram de ser compreendidos como uma abordagem restrita ao câncer, passando a abranger também morbidades relacionadas ao envelhecimento e aumento da expectativa de vida.

Os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias enfrentando o problema associado com uma doença ameaçadora da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento através da identificação e impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (Who, 2002, p. 84).

A atual concepção permite a relação com diferentes realidades sociais, perfil de população e epidemiológico, além dos recursos materiais, tecnológicos e humanos disponíveis para a oferta de qualidade de vida até sua finitude. A OMS também trouxe os princípios gerais dos cuidados paliativos:

Proporciona alívio da dor e outros sintomas angustiantes; Afirma a vida e encara a morte como um processo normal; Não pretende apressar ou adiar a morte; Integra os aspectos psicológicos e espirituais do cuidado ao paciente; Oferece um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver o mais ativamente possível até morte; Oferece um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e em seu próprio luto; Usa uma abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento de luto, se indicado; Irá melhorar a qualidade de vida e também pode influenciar positivamente o curso de doença; É aplicável no início da doença, em conjunto com outras terapias destinadas a prolongar a vida, como quimioterapia ou radioterapia, e inclui as investigações necessárias para entender melhor e gerenciar complicações clínicas angustiantes (Who, 2002, p. 84).

Diante dessa concepção, destaca-se a importância da abordagem de cuidados paliativos precocemente diante de um adoecimento crônico, grave e ameaçador da vida, o que não exclui que essa abordagem seja realizada conjuntamente com a terapêutica curativa. Essa necessidade se evidencia na preocupação de ofertar melhor controle de sintomas, controle de dor, melhor manejo nas demandas apresentadas, respeitando cultura, crença, valores e a história dos/das pacientes. Desta forma, as decisões terapêuticas compartilhadas, visam o não prolongamento do sofrimento, e os cuidados não somente ao paciente mas a sua rede apoio, até o momento da sua morte (Chaves; Oliveira, 2024, p. 151).

No Brasil, os cuidados paliativos se configuraram nos anos de 1980/1990. Em 1983 foi criado o primeiro serviço de cuidados paliativos, no Hospital das Clínicas em Porto Alegre/RS. Posteriormente, houve a sua expansão para os estados de São Paulo, Santa Catarina, Paraná e Rio de Janeiro. Essa expansão permitiu aproximar-se das novas abordagens de cuidado ao sofrimento do outro, já que a temática do ensino de cuidados paliativos ainda era algo pouco presente nas universidades e na formação de profissionais da saúde (Chaves; Oliveira, 2024, p. 153).

No final da década de 1990, tem-se a criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, com o intuito de agregar profissionais que estivessem interessados em difundir a filosofia dos cuidados paliativos. Nos anos 2000, é criada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, um marco histórico para a medicina brasileira, que contribui com o ensino, a pesquisa e a difusão dos cuidados paliativos no Brasil. Destaca-se sua contribuição através das publicações científicas como o Manual de Cuidados Paliativos, Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil, Cartilhas de cuidados paliativos e de cuidados de fim da vida a idosos (Ancp, 2025).

No que tange aos marcos normativos, os cuidados paliativos foram incluídos, pela primeira vez na Política Nacional de Atenção Oncológica, em 2013. Apesar dessa inclusão abordar o cuidado referente ao paciente oncológico, ela representou um ponto de partida para discussão da abrangência dos cuidados paliativos a todas as pessoas com doenças e comorbidades complexas, ameaçadoras de vida, bem como sobre sua oferta em todos os níveis de atenção à saúde. Registra-se que em 2009, o Conselho Federal de Medicina (CFM) incluiu em seu Código de Ética Médica, os cuidados paliativos como princípio fundamental e que, no ano de 2011, a medicina paliativa foi reconhecida como área de atuação médica no Brasil (Chaves; Oliveira, 2024, p. 153).

No âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou a Resolução nº 6719/2014, trazendo em seu escopo a responsabilização dos países membros em implementar os cuidados paliativos integrados aos sistemas públicos de saúde, em todos os níveis de atenção, dando ênfase a atenção primária e domiciliar. Essa Resolução repercutiu no cenário brasileiro, com a publicação de políticas de saúde como a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas através da Portaria nº

483/2014, e a Resolução nº 41/2018 que “dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”, definindo ser “elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição” (Brasil, 2018).

Em 2020, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), é criado o Programa de Cuidados Paliativos no SUS – Atenção Hospitalar, Ambulatorial Especializada e Atenção Domiciliar, impulsionando a organização e a integração da prática de cuidados paliativos em toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Em 07 dezembro de 2023 foi aprovada, ainda, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Cuidados Paliativos, através da Resolução nº 729, que foi publicada em 7 de Maio de 2024 através da Portaria nº 3681, que institui a Política no âmbito do SUS.

As mobilizações ocorreram ao longo dos anos por meio de encontros com representantes de diversas instituições de saúde públicas e privadas de todo o país, assim como conselhos, organizações sociais e parlamentares, alinhados às discussões internacionais. Esses debates foram fundamentais para a construção de uma política pública de cuidados paliativos, envolvendo um esforço interdisciplinar e intersetorial. Além disso, destacaram-se ações voltadas à formação de profissionais de saúde e à integração dos serviços. Após 10 anos da publicação da Resolução nº 6.719 da OMS, sobre cuidados paliativos, o Brasil finalmente promulgou sua Política Nacional, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de milhares de brasileiros que enfrentam doenças graves.

O quantitativo de serviços especializados em cuidados paliativos no Brasil ainda se concentra em determinadas regiões do país, ao passo que há estados que não dispõem de nenhum serviço. Segundo a Ancp (2023), o Brasil conta com apenas 234 serviços assistenciais em cuidados paliativos, destes, 128 são novos serviços. Embora seja nítido o aumento em comparação ao último levantamento, realizado em 2019, esse crescimento não diminuiu as disparidades da oferta, principalmente no que tange a regionalização do serviço.

A Região Sudeste conta com o maior número de serviços, totalizando 98 (41,8%). Em seguida vem a Região Nordeste que soma 60 serviços (25,7%). A Região Sul conta com 40 serviços (17,1%). O Centro Oeste soma 28 serviços (12,0%). Por último, a Região Norte, a única região

que não tem serviços em todos seus estados, apresenta 8 serviços (3,4%), distribuídos em 4 estados (AM, PA, RO e RR) (Prado, 2023, p. 16).

Outro ponto importante que o Atlas (2023) evidencia, é que o maior número dos serviços em cuidados paliativos está concentrado no Sistema Único de Saúde contando com 123 serviços. Pontua-se também, a concentração dos serviços funcionando exclusivamente em Hospitais através da internação em leitos de cuidados paliativos.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em Março de 2023, 50 milhões de pessoas eram beneficiárias de planos de saúde privados no Brasil, totalizando 24,6% da população brasileira, que, de acordo com o último Censo Demográfico do IBGE (2022), era de 203 milhões de pessoas. Isso revela que mais de 75% da população brasileira depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS). O Atlas (2023) aponta, ainda, que houve um aumento de 28,1% da oferta dos serviços de cuidados paliativos, passando de 96 para 123, o que corresponde a uma média de um serviço para cada 1,6 milhão de habitantes na rede pública.

Esses números ainda são incipientes, sobretudo quando se considera a estimativa de que 625 mil pessoas no Brasil precisam de cuidados paliativos, sendo 33.894 crianças e 591.890 são adultos (Brasil, 2024). Esses cuidados não se restringem à assistência no fim da vida, mas compreende uma abordagem mais ampla de controle de sintomas, apoio familiar e ao paciente, desenvolvendo um plano terapêutico independente do estágio em que a doença se encontre.

Uma pesquisa realizada em 2021, divulgada em 2022 pelo periódico acadêmico *Journal of Pain and Symptom Management*, revelou que o Brasil é o 3º país do mundo pior para morrer (Finkelsteins, 2022). O estudo analisou 81 países levando em consideração controle de dor e desconforto dos/das pacientes, terapêuticas que melhore a qualidade de vida, limpeza dos locais de prestação de serviços e se os gastos com os/as pacientes eram uma barreira para receberem os devidos cuidados. Desta análise, foi possível apreender que o Brasil ainda é um país com poucas políticas públicas efetivas que promovam a qualidade de vida a pessoa que tem uma doença ameaçadora da vida.

Frente ao exposto, tem-se evidenciada a importância do reconhecimento dos cuidados paliativos como abordagem necessária a milhares de brasileiros

que enfrentam adoecimentos e demandam de assistência que ofereça melhor qualidade de vida e de morte. A Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) é fruto da mobilização popular e de diversos especialistas, tendo sido aprovada pela 17ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em julho de 2023. A PNCP foi pactuada entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) (Brasil, 2024).

Nesse sentido, ainda que o cenário brasileiro revele fragilidades estruturais na oferta de cuidados ao fim da vida, a institucionalização da PNCP através da Portaria GM/MS nº 3.681 de maio de 2024, representa um marco importante no reconhecimento da integralidade do cuidado no âmbito do SUS. A política incorpora uma compreensão ampliada do processo de saúde-doença, ao reconhecer que o sofrimento associado às doenças ameaçadoras da vida não se restringe à dimensão biológica, mas abrange aspectos psicológicos, sociais e espirituais, aproximando-se de uma abordagem biopsicossocial do cuidado (Brasil, 2024; Who, 2020).

A perspectiva da integralidade, historicamente vinculada aos princípios do SUS, ganha centralidade nos cuidados paliativos ao propor intervenções que não se limitam à terapêutica curativa, mas que visam o alívio do sofrimento em todas as suas expressões. Conforme apontam Cicely Saunders (2001) e Derek Doyle, *et al.* (2003), os cuidados paliativos se estruturam a partir do conceito de “dor total”, no qual dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais se inter-relacionam, exigindo respostas interdisciplinares e contínuas.

Outro avanço relevante refere-se à inclusão da família como unidade de cuidado. A PNCP reconhece que o adoecimento impacta não apenas o indivíduo, mas todo o seu entorno social, demandando suporte aos cuidadores e familiares durante o processo de doença e também no período de luto. Essa diretriz dialoga com a literatura internacional, que evidencia que o suporte familiar adequado está associado à melhor adesão ao cuidado, redução do sofrimento e maior qualidade de vida no final da vida (Gomes; Higginson, 2006; Who, 2020).

Além disso, a centralidade da qualidade de vida como objetivo do cuidado marca uma inflexão importante em relação ao modelo biomédico tradicional, historicamente orientado para a cura e prolongamento da vida a qualquer custo. Nos cuidados paliativos, a qualidade de vida assim como a

qualidade da morte, torna-se parâmetro fundamental para a organização das práticas em saúde, reconhecendo a finitude como parte do ciclo vital e reivindicando o direito a uma morte digna (Pessini; Bertachini, 2004).

Entretanto, ainda que esses avanços indiquem uma ampliação conceitual e normativa do cuidado, é necessário problematizar em que medida essa incorporação ocorre de forma efetiva no contexto brasileiro. Ao dialogar com o referencial dos DSS, observa-se que a ênfase na qualidade de vida, no suporte familiar e na abordagem integral pode deslocar a análise das condições estruturais que produzem o sofrimento, especialmente quando desconsidera as desigualdades de classe, raça e território que limitam o acesso aos próprios cuidados paliativos.

Nesse ponto, emergem as contradições e os limites da PNCP, evidenciando a distância entre o avanço normativo e sua materialização. Apesar do reconhecimento formal da integralidade e da universalidade no âmbito do SUS, o acesso aos cuidados paliativos no Brasil permanece restrito, concentrado em serviços especializados localizados majoritariamente em grandes centros urbanos e regiões mais desenvolvidas do país. Tal configuração reproduz a histórica desigualdade territorial do sistema de saúde brasileiro, na qual a oferta de serviços é profundamente assimétrica, limitando o acesso de populações que vivem em regiões periféricas, rurais e em contextos de maior desigualdade social (Ancp, 2018; Knaul, *et al.*, 2018).

O único artigo da PNCP que nomeia explicitamente determinantes estruturais das desigualdades em saúde é o artigo 3º, inciso XIV, que estabelece entre as diretrizes da política o:

[...] reconhecimento e respeito às diversidades socioculturais e aos diversos modos de vida, promovendo o enfrentamento do racismo estrutural, da aporofobia e do capacitismo (Brasil, 2024, Art. 3º, XIV).

Trata-se de uma incorporação teoricamente significativa. Ao nomear o racismo estrutural, como fator que influencia nos comportamentos individuais, nas instituições, nas políticas e na própria organização da sociedade, a PNCP sinaliza um reconhecimento de que as desigualdades no cuidado paliativo não são explicáveis pela soma de questões individuais, mas por mecanismos sistêmicos que distribuem diferencialmente o sofrimento e a morte entre os grupos raciais. Da mesma forma, ao incluir a aporofobia, o preconceito contra

pessoas em situação de pobreza (Cortina, 2020), e o capacitismo, a Portaria aproxima-se, ao menos discursivamente, de uma perspectiva de determinação social.

Contudo, ao longo do texto disposto na Portaria, não há nenhum desdobramento operacional desse inciso, não há metas de cobertura desagregadas por raça/cor, não há obrigação de formação antirracista para as equipes (Artigo 6º), não há protocolos culturalmente sensíveis para populações negras, indígenas ou quilombolas, e não há indicadores de monitoramento (Artigo 20, inciso II) que capturem as desigualdades raciais no acesso e nos desfechos dos cuidados paliativos. A crítica da determinação social aplica-se aqui com precisão, pois a nomeação do racismo estrutural sem a transformação das estruturas que o produzem opera mais como legitimação retórica do que como ruptura política (Breilh, 2006).

A primeira diretriz da PNCP prevê a "ampliação dos cuidados paliativos e acesso universal a eles em todos os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com equidade, integralidade, qualidade assistencial e humanização no atendimento" (Brasil, 2024, Artigo 3º, inciso I). O conceito de equidade, reconhece a necessidade de tratamento diferenciado para situações diferenciadas, contudo, não especifica quais populações se encontram em situação de menor equidade, nem como os critérios de alocação de recursos e equipes respondem a essa desigualdade.

A proporção de uma Equipe Matricial para cada 500 mil habitantes e de uma Equipe Assistencial para cada 400 leitos SUS habilitados (Artigo 11, §1º e Artigo 14, §2º) é uma métrica universal que não diferencia territórios mais pobres, maior proporção de população negra ou rural, ou menor infraestrutura de serviços (Brasil, 2024).

Entre os princípios da PNCP, o Artigo 2º, inciso VII, estabelece a "promoção da melhoria do curso da doença e reconhecimento do sofrimento em suas dimensões física, psicoemocional, espiritual e social" (Brasil, 2024). A dimensão social do sofrimento é detalhada no parágrafo 1º, inciso IV, como "ações para preservar a inserção e o convívio social da pessoa, viabilizando o acesso a todos os recursos necessários para que possa seguir com o seu tratamento e ter uma boa qualidade de vida com respeito à sua autonomia" (Brasil, 2024).

Tem-se o uso da linguagem dos DSS sem sua substância crítica, pois o social é tratado como uma dimensão do sofrimento individual, o impacto da doença na vida social da pessoa, e não como a estrutura que determina quem adoece, com que suporte, em que condições e com que recursos para o cuidado. A dimensão social do sofrimento é reconhecida no nível do singular, do indivíduo e da sua família, mas não no nível do geral, das relações sociais que produzem o sofrimento desigual.

O Artigo 9º estabelece que a atenção primária abrange "ações de saúde em cuidados paliativos no âmbito individual e coletivo, por meio dos diferentes tipos de equipe existentes, nas unidades básicas de saúde, domicílios e territórios" (Brasil, 2024). A atenção domiciliar, por sua vez, pressupõe "articulação com a família, RAS e comunidade do território, de forma que o domicílio seja o principal local de cuidado" (Brasil, 2024, Artigo 9º, inciso II). O reconhecimento do território como unidade de organização do cuidado é uma abertura implícita para a perspectiva dos DSS, na medida em que os territórios concentram, de forma não aleatória, a pobreza produzida pelas desigualdades estruturais (Monken; Barcellos, 2005).

A incorporação da categoria "vulnerabilidade social" nas políticas sociais e de saúde não constitui apenas uma atualização terminológica. Sob uma perspectiva ancorada na determinação social do processo saúde-doença, a crescente substituição da categoria pobreza por vulnerabilidade expressa mudanças mais amplas na forma de apreensão e gestão da questão social no contexto da reestruturação capitalista e da ofensiva neoliberal. Em vez de apreender a pobreza como expressão das relações sociais de exploração, das desigualdades de classe e da distribuição desigual da riqueza socialmente produzida, a noção de vulnerabilidade tende a deslocar a análise para situações específicas de fragilidade, risco e exposição individual ou familiar.

A adoção crescente das categorias risco e vulnerabilidade ocorre articulada à transformação das políticas sociais em mecanismos focalizados de administração da pobreza. Nessa direção, o problema deixa de ser a produção estrutural da desigualdade e torna-se a identificação de grupos ou indivíduos considerados mais suscetíveis a determinados agravos sociais (Moreira, 2019; Behring; Boschetti, 2011). Desta forma, questiona-se a maneira pela qual essa

concepção é frequentemente apropriada pelas políticas públicas, com ênfase nas políticas de saúde.

Em saúde, a utilização do termo vulnerabilidade começou no início dos anos 1980, com os estudos sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), compartilhando conceituações da área dos Direitos Humanos. Foram as características da evolução da epidemia, como a mudança no perfil das pessoas atingidas e variáveis socioeconômicas, que trouxeram à tona novas associações ao contexto da infecção, exigindo a redefinição das ideias individualizantes até então vigentes sobre os “grupos de risco”. A adoção do conceito de vulnerabilidade, em substituição ao de grupo de risco, aconteceu nesse processo, indicando a ampliação das chances e formas de acometimento pela doença pela totalidade da população (Carmo; Guizardi, 2017, p. 6).

A discussão sobre vulnerabilidade social evidencia que tal categoria não emerge desprovida de mediações históricas e políticas. Conforme Carmo e Guizardi (2017), embora sua utilização tenha buscado delimitar objetos específicos de intervenção das políticas sociais, a forma como foi apropriada acabou aproximando-se de soluções terminológicas típicas do ideário neoliberal e das orientações difundidas por organismos internacionais. As autoras afirmam que a adoção dessa categoria incorporou às políticas sociais um “pressuposto ético-político individualizante, de focalização na parcela mais pauperizada da população” (Carmo; Guizardi, 2017, p. 2).

O uso do termo vulnerabilidade frequentemente aparece articulado à noção de risco social. Segundo Romagnoli (2015), vulnerabilidade e risco são conceitos frequentemente tratados de maneira complementar, uma vez que a condição de vulnerabilidade produziria maior probabilidade de exposição a determinadas situações de risco. Nesse sentido, “as situações de vulnerabilidade quando não prevenidas tornam-se situações de risco” (Dimenstein; Cirilo Neto, 2020, p. 7).

A própria construção da teoria do risco social emerge no contexto de transformações do capitalismo contemporâneo. Conforme Martins (2012), recuperando Ulrich Beck, a sociedade do risco desloca para os indivíduos a responsabilidade pela gestão das incertezas e ameaças futuras, produzindo a ideia de que os sujeitos possuem capacidade de controlar os acontecimentos por meio de suas escolhas individuais. Nessa lógica,

A compreensão da situação de risco vem revestida de um caráter subjetivo, no qual os indivíduos compensam as condições de vulnerabilidade e as suas possibilidades e capacidade de enfrentá-las. Ou seja, diante de uma mesma situação objetiva de vulnerabilidade, os indivíduos correm maior ou menor risco, de acordo com suas capacidades subjetivas de agir e reagir a esses eventos (Romagnoli, 2015, p. 451).

Essa racionalidade possui estreita afinidade com a reorganização neoliberal das políticas sociais, especialmente a partir dos anos 1990. A pobreza, entendida historicamente como expressão das desigualdades estruturais e da exploração do trabalho, tende a ser substituída por categorias menos vinculadas à crítica da produção social da desigualdade. O problema deixa de ser a concentração da riqueza, a exploração da força de trabalho e a insuficiência de proteção social, para tornar-se a identificação de indivíduos ou grupos considerados vulneráveis ou em situação de risco. Assim, desloca-se a centralidade da produção social das desigualdades para a administração técnica de seus efeitos.

No âmbito da PNCP, essa influência se manifesta de modo particular, refletindo a agenda internacional dos DSS promovida pela OMS e por organismos multilaterais. Na Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), a utilização recorrente da noção de vulnerabilidade parece expressar aproximações com essa racionalidade. Em vez de discutir a pobreza como elemento estruturante da desigualdade no processo de adoecer e morrer, a política tende a identificar populações em situação de vulnerabilidade, enfatizando características individuais, familiares ou territoriais.

Contudo, se a PNCP mobiliza a categoria vulnerabilidade como elemento orientador do cuidado, torna-se necessário questionar de que vulnerabilidade a política está tratando e quais dimensões são efetivamente incorporadas em sua operacionalização. Se a utilização do conceito pretende superar leituras estritamente biomédicas do adoecimento e reconhecer desigualdades no acesso ao cuidado, seria esperado que sua incorporação estivesse associada ao reconhecimento das condições materiais e históricas que produzem processos desiguais de adoecer, viver e morrer.

Entretanto, observa-se que a categoria aparece de forma pouco delimitada e desarticulada de marcadores estruturais capazes de evidenciar as desigualdades produzidas socialmente, aproximando-se mais de uma

identificação genérica de grupos fragilizados do que de uma leitura ancorada na determinação social da saúde. Nessa direção, evidencia-se uma contradição entre o reconhecimento discursivo da vulnerabilidade e sua efetiva tradução em estratégias de enfrentamento das desigualdades estruturais. Ao incorporar em sua normativa a categoria “vulnerabilidade territorial”, a Política a utiliza de forma pouco articulada às determinações sociais que produzem desigualdades concretas no processo de adoecer e morrer.

A operacionalização desse conceito não considera marcadores sociais e territoriais relevantes, como indicadores de desenvolvimento humano, desigualdades raciais, presença de comunidades quilombolas e indígenas ou condições de saneamento básico, na priorização da implementação das equipes. Desse modo, o território tende a ser apreendido predominantemente como espaço geográfico de intervenção e organização dos serviços, e não como expressão das relações sociais historicamente construídas, atravessadas por desigualdades de classe, raça e condições desiguais de acesso à proteção social e à saúde.

O Artigo 18, inciso V, ao atribuir às secretarias municipais a responsabilidade de “implementar no território espaços de respiro de forma a proporcionar momentos de autocuidado, relaxamento e descanso aos cuidadores” (Brasil, 2024), reconhece implicitamente que o trabalho do cuidado gera sobrecarga.

Esse reconhecimento toca em um ponto fundamental, o cuidado informal como trabalho predominantemente feminino, não remunerado e invisível para as políticas de proteção social. Mais de 70% dos cuidadores informais no Brasil são mulheres (Camarano; Kanso, 2010), frequentemente afastadas do mercado de trabalho formal para assumir a função de cuidado, com impactos sobre sua renda, saúde mental e trajetória previdenciária. A PNCP tangencia esse fenômeno ao prever “espaços de respiro”, mas não o nomeia como questão de gênero e classe, não articula a política de cuidados paliativos com mecanismos de proteção de renda para cuidadores, como auxílios previdenciários por exemplo, e também não problematiza a transferência do cuidado para o domicílio como uma política que pode aprofundar as desigualdades de gênero quando distanciadas de suporte estrutural.

O Artigo 22, inciso I, estabelece que a organização dos serviços de cuidados paliativos na RAS deverá considerar "as necessidades de saúde da população, bem como os parâmetros tecnoassistenciais, epidemiológicos, ambientais, sanitários, demográficos e socioeconômicos existentes" (Brasil, 2024). A inclusão de parâmetros socioeconômicos no planejamento é um DSS implícito de relevância, pois permitiria que territórios mais pobres recebessem alocação prioritária de equipes e recursos.

Contudo, a menção aparece no capítulo de organização administrativa da RAS, sem vinculação a metas, indicadores ou critérios explícitos de priorização. Trata-se, portanto, de uma abertura normativa que permanece dependente da vontade política dos gestores locais para sua concretização, sem garantias estruturais de que os parâmetros socioeconômicos efetivamente orientarão a implementação da PNCP.

A diretriz de "incentivo e apoio ao desenvolvimento de comunidades compassivas, reforçando o papel de articuladoras no território" (Brasil, 2024, Art. 3º, inciso XIII) merece atenção especial pela sua ambiguidade do ponto de vista dos DSS. As comunidades compassivas, que são iniciativas voluntárias e comunitárias de apoio a pessoas em fim de vida, têm sido reconhecidas como estratégia inovadora de extensão do cuidado paliativo (Kellehear, 2013). Contudo, a sua adoção como diretriz de política pública, sem a garantia estrutural de recursos e serviços públicos suficientes, traz o risco da responsabilização da comunidade pelo cuidado que é dever do Estado.

No ponto da perspectiva da determinação social, esse risco é acentuado nos territórios mais pobres, que possuem menor infraestrutura de serviços e acentuada necessidade de cuidados paliativos, por conseguinte, são as que têm menor capacidade de sustentar redes voluntárias de cuidado. A diretriz das comunidades compassivas, sem articulação com uma política robusta de proteção social e de expansão dos serviços públicos, pode aprofundar as desigualdades no fim da vida (Kellehear, 2013; Sallnow *et al.*, 2022).

A PNCP opera sobre o que pode ser denominado de universalismo formal, todos têm direito aos cuidados paliativos, em todos os pontos da RAS, para todas as condições clínicas que ameacem a continuidade da vida. Esse princípio, expresso no Artigo 5º, representa um avanço inegável em relação à ausência normativa anterior; contudo, mostra-se insuficiente, pois a oferta de

serviços deve ser proporcional às necessidades da população, sendo estas sistematicamente maiores entre grupos sociais historicamente atravessados por desigualdades estruturais. Ao tratar territórios e populações profundamente desiguais com os mesmos parâmetros, a PNCP pode reproduzir ou ampliar, as desigualdades sociais de saúde existentes.

Com exceção da menção ao racismo estrutural no Artigo 3º, inciso XIV, a PNCP não menciona populações específicas que enfrentam barreiras acumuladas de acesso aos cuidados paliativos. Não é abordada sobre a população negra, historicamente mais afetada por doenças crônicas em estágio avançado e com menor acesso a serviços especializados (Goes; Nascimento, 2013); os povos indígenas e as comunidades quilombolas, cujos territórios apresentam as maiores desigualdades em saúde do país (Basta; Orellana; Arantes, 2012); a população em situação de rua, para quem o domicílio como locus preferencial do cuidado (Artigo 9º, inciso II) é estruturalmente inacessível; a população rural e ribeirinha, cujo acesso aos pontos de atenção da RAS é mediado por distâncias e condições de transporte incompatíveis com a continuidade do cuidado; e a população LGBTQIA+, que enfrenta formas específicas de violência institucional nas situações de cuidado de longa duração (Sallnow *et al.*, 2022).

A ausência dessas populações no texto normativo, opera na lógica dos DSS que tendem a tratar o social como atributo do indivíduo (vulnerabilidade individual) em vez de como a estrutura econômica, social e política é que produz grupos de risco. A consequência é uma política que, ao dirigir-se a "todas as pessoas", não se dirige efetivamente a ninguém em particular, e as populações minoritárias continuam sendo aquelas para as quais a política menos funciona.

A PNCP não discute o impacto econômico do processo de cuidar de um familiar em fim de vida sobre as famílias de baixa renda. A transferência do cuidado para o domicílio, prevista no Artigo 9º, inciso II, representa, para famílias em situação de pobreza, uma sobrecarga que pode implicar no afastamento do mercado de trabalho, gastos com medicamentos e insumos não cobertos pela rede pública, e comprometimento da renda familiar.

À luz da determinação social da saúde, essa lacuna não é apenas um limite técnico da política, mas expressa uma forma particular de apreensão do processo saúde-doença que desconsidera suas bases materiais. Ainda que a

PNCP reconheça o cuidado no domicílio como estratégia desejável, associada à dignidade e à qualidade de vida, ela o faz sem articular, de modo orgânico, esse cuidado às condições reais de existência das famílias. Nesse sentido, aproxima-se de uma leitura restrita dos determinantes sociais, ao tratar a pobreza como vulnerabilidade, portanto, como um atributo dos sujeitos ou dos contextos imediatos, e não como expressão das desigualdades estruturais produzidas pelas relações de classe, pelo mercado de trabalho e pela insuficiência das políticas de proteção social.

A determinação social da saúde, ao contrário, evidencia que o processo de morrer também é socialmente produzido, sendo atravessado por renda, trabalho, moradia, acesso a políticas públicas e pela própria capacidade do Estado em garantir condições materiais para o cuidado. Assim, ao não integrar de forma efetiva os cuidados paliativos às políticas de assistência social, previdência, habitação, trabalho e renda, a PNCP tende a deslocar para o âmbito privado, especialmente para as famílias, a responsabilidade por sustentar o cuidado no fim da vida. Com isso, o sofrimento deixa de ser compreendido como expressão das desigualdades sociais e passa a ser tratado predominantemente como um problema clínico e organizacional, esvaziando sua dimensão política.

É justamente quando se observa a materialização dessas diretrizes no interior do sistema de saúde que tais contradições se tornam mais evidentes. A insuficiência de serviços estruturados e integrados à rede de atenção à saúde revela fragilidades na incorporação dos cuidados paliativos como componente transversal do cuidado. Em muitos casos, esses cuidados permanecem restritos a iniciativas pontuais ou a serviços hospitalares especializados, sem capilaridade na atenção primária ou nos territórios, o que compromete a continuidade do cuidado e reforça a persistência de um modelo centrado na lógica hospitalocêntrica (Brasil, 2024; Who, 2020).

Outro ponto a ser discutido refere-se à precariedade da atenção domiciliar, considerada um eixo estratégico dos cuidados paliativos. No arcabouço legal é extremamente valorizado, contudo, o cuidado no domicílio é atravessado por limitações estruturais, como a ausência de equipes multiprofissionais suficientes, a fragilidade da articulação em rede e a transferência implícita de responsabilidades para as famílias. Embora haja o reconhecimento do domicílio como espaço privilegiado para o cuidado no fim da

vida, associado à dignidade, ao conforto e ao respeito às preferências do paciente, a concretização disso no Brasil esbarra em limites estruturais que extrapolam o manejo clínico da morte.

Um dos elementos mais críticos diz respeito ao acesso a opioides para controle da dor. Estudos apontam que 80% da população mundial está concentrada em países de baixa e média, as quais consomem menos de 10% dos opioides disponíveis globalmente, revelando uma desigualdade dramática no acesso ao alívio do sofrimento (Knaul *et al.*, 2018). Essa distribuição desigual evidencia que o sofrimento relacionado ao adoecimento e ao fim da vida também é atravessado pelas assimetrias econômicas e políticas que organizam a produção e circulação global de tecnologias em saúde.

No Brasil, apesar de avanços normativos e regulatórios, persistem barreiras que dificultam o acesso adequado aos opioides, especialmente à morfina. Entre elas, destacam-se a denominada opiophobia, caracterizada pelo receio excessivo relacionado ao uso dessas medicações, frequentemente associado a preocupações sobre dependência ou aceleração do processo de morte; entraves burocráticos para prescrição e dispensação; fragilidades na distribuição e disponibilidade dos medicamentos; além de lacunas na formação e qualificação dos profissionais de saúde.

No que se refere à capacitação profissional, a questão não é apenas de treinamento técnico para prescrição e manejo de medicações. Em muitos casos, a formação em saúde dedica pouco espaço aos cuidados paliativos e ao manejo da dor, produzindo insegurança profissional diante do uso de opioides e dificultando a identificação de indicações clínicas, uso adequado, manejo de efeitos adversos e comunicação com pacientes e familiares sobre o uso dessas medicações. Como consequência, a morfina permanece frequentemente associada à ideia de terminalidade iminente ou à proximidade da morte, e não como importante manejo para o controle da dor e garantia da dignidade no cuidado.

Dessa forma, a subutilização desses medicamentos não expressa apenas falhas individuais dos profissionais, mas limites estruturais da organização dos sistemas de saúde e dos processos formativos em saúde, que acabam por perpetuar trajetórias marcadas por sofrimento evitável, inclusive em fases avançadas da doença. Além disso, esse desafio também compromete a

viabilidade do cuidado domiciliar, pois sem controle adequado de sintomas, o domicílio deixa de ser espaço de conforto e passa a ser cenário de dor e desassistência. Além disso, o respeito a determinados pedidos de pacientes de “morrer em casa”, envolve inúmeras dimensões materiais e simbólicas que devem ser consideradas na tomada de decisão.

Não se trata apenas de garantir suporte clínico, mas de assegurar condições objetivas para que esse processo ocorra de forma digna, como a disponibilidade de insumos, a exemplo de oxigênio, alimentação enteral, bolsas de colostomia, suporte contínuo das equipes, orientação para manejo de sintomas, acesso a transporte, e não menos importante, o suporte pós óbito, o acompanhamento do luto dessa família ou dessa rede de apoio. A ausência desses elementos faz com que as famílias sejam lançadas a um processo solitário e, muitas vezes, traumático.

Trazendo como referência a frase do antropólogo Michel Alcoforado (2025), na qual “o morto é um problema dos vivos”, o momento da morte gera uma série de demandas burocráticas como a certificação do óbito, a remoção do corpo e os custos e procedimentos relacionados ao velório e sepultamento, diferentes passos que devem ser tomados e que podem ser mais difíceis dependendo do contexto familiar desse paciente.

Nesse sentido, em contextos marcados por desigualdades estruturais, o processo de morrer torna-se problema também dos vivos, uma vez que o Estado falha em garantir condições mínimas para que esse processo ocorra com dignidade. No âmbito dos cuidados paliativos, essa problemática se evidencia de maneira concreta. A dificuldade de acesso a opioides, por exemplo, não apenas prolonga o sofrimento do paciente em vida, como impacta diretamente a memória que os familiares constroem da morte.

Uma morte marcada por dor intensa, descontrole de sintomas e ausência de suporte tende a produzir efeitos psíquicos duradouros, como lutos complicados e sofrimento emocional persistente. O que deveria ser um momento de elaboração do luto transforma-se em uma sequência de demandas práticas urgentes, deslocando o foco do cuidado simbólico para a resolução de problemas imediatos. Assim, a morte, que já é um evento desafiador, passa a ser mediada por relações de classe, território e acesso a direitos.

A morte não é apenas um fenômeno biológico ou cultural, mas um processo socialmente determinado, no qual os vivos carregam, de maneira desigual, os encargos materiais e simbólicos de morrer. Isso reforça a necessidade de pensar os cuidados paliativos não apenas como uma abordagem assistencial, mas como uma política pública que deve enfrentar as condições estruturais que tornam a morte mais difícil.

Embora o ideário relacione a “boa morte” frequentemente associada ao cuidado no domicílio, na prática, grande parte dos processos de fim da vida ocorre nos hospitais e em serviços especializados de cuidados paliativos. Os dados e levantamentos da ANCP (2023) indicam que a maioria dos serviços estruturados no país está vinculada a hospitais, sobretudo em centros urbanos.

Esse cenário expressa a formação histórica do sistema de saúde brasileiro, que priorizou a alta complexidade e os serviços especializados em detrimento da consolidação de uma rede territorial de cuidado. Evidencia, também, as dificuldades concretas de operacionalizar o cuidado paliativo fora do ambiente hospitalar, especialmente diante da fragilidade da atenção domiciliar e da insuficiência de equipes multiprofissionais no território.

A unidade hospitalar passa a assumir um papel ambíguo, pois ao mesmo tempo em que é espaço de tecnologia, controle de sintomas e suporte clínico qualificado, também se torna o lugar onde se concentram as limitações do sistema. Nesse cenário, a morte hospitalar não é apenas uma escolha clínica, mas é o resultado da ausência de alternativas viáveis no território. A dificuldade de acesso a serviços e insumos, a insegurança das famílias para manejar o processo de finitude fazem com que o hospital seja percebido como o único espaço possível para garantir esse cuidado de fim da vida.

No livro *Histórias lindas de morrer*, de Ana Cláudia Quintana Arantes, é possível observar a história de E. de 24 anos e um diagnóstico de fim da vida. É a história de uma paciente do interior da Bahia, que sem muitos recursos para diagnóstico, é enviada para Salvador/BA e posteriormente é levada para o Hospital das Clínicas em São Paulo/SP, de ambulância, percorrendo mais de 2 mil quilômetros em busca de tratamento (Arantes, 2020, p. 86). Na sua morte, observa-se a mesma vivência de muitos/as pacientes em cuidados paliativos: percorrer esses quilômetros de volta, para o sepultamento em casa, em sua

cidade (Arantes, 2020, p. 90). Ou seja, a concretização do cuidado no fim da vida encontra limites que extrapolam a dimensão clínica.

No Maranhão, existem dois Serviços estruturados de cuidados paliativos no SUS: Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital de Oncologia do Maranhão, referência estadual e com leitos próprios; e o Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital Dr. Carlos Macieira (Ancp, 2019), ambos localizados na capital. Com a aprovação da PNCP, são previstas 45 equipes de cuidados paliativos sendo 16 equipes matriciais e 29 equipes assistenciais (Brasil, 2024).

Ao analisar o cenário de oferta de cuidados paliativos no Maranhão tem-se uma baixa cobertura dos serviços, fragmentação do cuidado e expansão tardia. Observa-se que o estado dispõe de pouquíssimos serviços formalmente estruturados. Os existentes estão concentrados em São Luís/MA, o que evidencia uma distribuição territorial profundamente desigual e incompatível com os princípios de universalidade e equidade que orientam o SUS.

Essa concentração dos serviços de cuidados paliativos nos centros urbanos, reforça barreiras de acesso para populações do interior do estado, que frequentemente permanecem à margem de cuidados essenciais no processo de adoecimento e morte. Tal dinâmica não se restringe ao acesso clínico, mas reverbera profundamente nas condições concretas de permanência dessas famílias nas capitais, impondo custos com deslocamento, alimentação, moradia provisória e afastamento do trabalho e da sua rede comunitária e social. Assim, o hospital se torna um polo de concentração de cuidado, mas também de exclusão, evidenciando que o acesso aos cuidados paliativos ainda é profundamente desigual no país.

No momento da morte, essas desigualdades tornam-se ainda mais evidentes: o falecimento de um ente não representa apenas uma perda afetiva, mas a emergência de uma série de demandas materiais imediatas, como custos funerários, traslado do corpo e organização do sepultamento. Nesse contexto, o chamado auxílio-funeral, benefício eventual da Política de Assistência Social, assume centralidade como mecanismo de proteção social destinado a amparar famílias atravessadas por desigualdades sociais e econômicas diante da morte.

Contudo, sua operacionalização depende da regulamentação e da capacidade administrativa dos municípios, resultando em forte desigualdade territorial no acesso a esse direito. Embora seja uma das modalidades mais

difundidas entre os benefícios eventuais, sua oferta é heterogênea e frequentemente insuficiente para cobrir as despesas reais de um funeral. Nessas lacunas, emergem estratégias informais de sobrevivência, como a realização de “vaquinhas” e a mobilização comunitária para custear sepultamentos, mesmo diante de um direito legalmente assegurado, o Estado não garante de forma universal e imediata a proteção necessária.

A morte é um fenômeno socialmente determinado. A dificuldade de “morrer com dignidade” se articula diretamente à dificuldade de “viver com dignidade”, evidenciando que a precariedade do cuidado no fim da vida é expressão das mesmas determinações estruturais que incidem no processo de saúde-doença, e na morte, sendo mais uma expressão da questão social.

Além disso, o que se verifica é uma forte fragmentação das ações, com predominância de iniciativas hospitalares isoladas e experiências pontuais no âmbito da atenção domiciliar, muitas vezes desarticuladas entre si e desprovidas de uma lógica de rede integrada. Tal configuração compromete a continuidade do cuidado e limita a efetividade dos cuidados paliativos, reduzindo-os, em muitos casos, a intervenções tardias, restritas ao ambiente hospitalar e desvinculadas de uma abordagem ampliada que considere as dimensões sociais, familiares e territoriais do adoecimento.

Outro aspecto relevante diz respeito ao caráter tardio e da expansão recente, que não decorre de um processo historicamente consolidado no estado do Maranhão, mas sim de diretrizes e incentivos oriundos da política nacional. Nesse sentido, embora a instituição da PNCP represente um avanço no plano normativo, sua materialização concreta ainda é tímida. Na prática, não se observam mudanças estruturais significativas na organização da rede assistencial, persistindo lacunas históricas no acesso, na oferta de serviços e na formação de equipes especializadas.

Essa dissociação entre o reconhecimento formal do direito e sua efetivação no cotidiano dos serviços explicita uma contradição central que é a ampliação normativa do cuidado que não tem sido acompanhada de investimentos, planejamento e articulação suficientes para sua implementação. Assim, mais do que um problema técnico ou de gestão, trata-se de um fenômeno que remete às próprias determinações estruturais das políticas sociais em

contextos marcados por restrições orçamentárias, focalização e redefinição do papel do Estado.

A literatura apresenta quatro tipos diferentes de morte: eutanásia, ortotanásia, distanásia e mistanásia. A boa morte não pode ser considerada como um benefício restrito a determinados grupos, mas como parte do direito à dignidade humana, considerando que independente da cultura ou crença, a morte é uma fase árdua a ser passada por todos (Pessini, 2004, p. 300).

A eutanásia refere-se a prática de provocar intencionalmente a morte de um paciente, geralmente em contexto de sofrimento intenso e doença incurável, com o objetivo de aliviar a dor (Saldanha, 2017, p. 53). Etimologicamente, a palavra eutanásia significava na Antiguidade, uma morte suave, sem sofrimento. Hoje, já se pensa como uma intervenção da medicina para atenuar as dores da doença ou da agonia, mesmo com o risco de suprimir a vida.

Revela-se ainda que o ato de pôr fim à vida do enfermo, está relacionado aos sentimentos de piedade ou compaixão pelo estado lastimável e sofrimento do paciente, ocasionando, assim, a antecipação da sua morte. Não deixa que a morte ocorra de forma natural, pondo fim ao sofrimento e à angústia de viver (Saldanha, 2017, p. 54).

A distanásia, por sua vez, refere-se ao prolongamento artificial e desproporcional da vida por meio de intervenções médicas que não trazem benefício real ao paciente, frequentemente associadas ao sofrimento e à obstinação terapêutica (Pessini, 2001, p. 25). O prolongamento médico da vida traz, por vezes, consequências pouco compatíveis com a qualidade de vida (Pessini, 2004, p. 299). Enquanto alguns grupos são submetidos à medicalização excessiva da morte, outros sequer acessam cuidados básicos, evidenciando a distribuição desigual de tecnologias e recursos em saúde.

Distanásia pode ser conceituada como a agonia prolongada, o patrocínio de uma morte com sofrimento físico ou psicológico do indivíduo, muitas vezes lúcido de suas faculdades mentais, afetado por determinada enfermidade incurável, sem qualquer perspectiva de melhora ou cura. Há uma inequívoca degradação do ser humano como verdadeiro objeto meio para satisfazer os anseios dos desenvolvimentos tecnológicos dirigidos a tratamentos médicos (Pessini, 2001, p. 25).

A ortotanásia é compreendida como a morte no seu tempo adequado, sem prolongamento artificial da vida, garantindo conforto, alívio do sofrimento e

respeito à dignidade do paciente conforme a Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina. Esse conceito se alinha diretamente aos princípios dos cuidados paliativos e à ideia de qualidade de vida no fim da vida. É a compreensão de que a morte é parte integrante da existência humana (Saldanha, 2017, p. 59).

A ortotanásia pode ser considerada o procedimento entre a eutanásia e a distanásia, pois, consiste na abstenção de tratamentos extraordinários, após verificar que são insuficientes para garantir a sobrevivência ou a melhora do enfermo, devendo ser aplicados os cuidados paliativos. Portanto é imprescindível a garantia dos cuidados paliativos nos últimos momentos de vida, pois o simples ato é a garantia de dignidade da pessoa humana (Saldanha, 2017, p. 59).

A mistanásia, também conhecida como eutanásia social, morte miserável, evitável e precoce, foi inicialmente apontada por Márcio Fabri dos Anjos (1989, p. 7), como uma morte provocada principalmente pela omissão do Estado. Refere-se à morte decorrente de negligência social, ausência de políticas públicas e exclusão do acesso aos serviços de saúde (Pessini; Bertachini, 2004). Diferentemente das mortes supracitadas, a mistanásia explicita de forma mais direta a determinação social da morte, sendo expressão das desigualdades estruturais, como a pobreza, racismo, precarização do trabalho e desigualdade territorial, que limitam o acesso ao diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos.

Uma morte miserável transcendendo o contexto médico-hospitalar para atingir aqueles que nem sequer chegam a ter um atendimento médico adequado, por carência social, por falta de condições e de oportunidades econômicas e políticas, que se refletem numa falta de acesso ao judiciário e na deficiente proteção mesmo aos direitos fundamentais a que fazem jus a todos os seres humanos (Villa-Bôas, 2005, p. 75).

A morte, longe de constituir apenas um evento biológico, deve ser compreendida como um fenômeno complexo, inscrito no processo de desenvolvimento humano e presente no cotidiano social. Trata-se de um fenômeno, atravessado por dimensões sociais, culturais, políticas e existenciais (Cominato; Queiroz, 2006, p. 209). Historicamente, a morte passou de uma experiência familiar e socialmente integrada para um processo progressivamente ocultado e interditado na modernidade, tornando-se objeto de negação e afastamento no cotidiano social (Transferetti, *et al*, 2006, p. 22).

Na modernidade, a morte é negada, ocultada e medicalizada, tornando-se um tabu social. Na sociedade ocidental moderna, observa-se uma inflexão importante nesse processo, a morte passa a ser associada ao fracasso, à impotência e à vergonha, sendo progressivamente ocultada e negada no espaço social (Combinato; Queiroz, 2006, p. 210). Esse movimento contrasta com períodos históricos anteriores, como a Idade Média, em que a morte era vivenciada de forma mais próxima, integrada ao cotidiano e ao ambiente doméstico.

Com o advento da modernidade e o desenvolvimento do capitalismo, a morte passa por um processo de medicalização e institucionalização, sendo deslocada do espaço familiar para o hospital, especialmente para unidades de terapia intensiva (Combinato; Queiroz, 2006, p. 210). Nesse contexto, consolida-se uma concepção biomédica que reduz a morte à paralisação do corpo enquanto máquina, desconsiderando suas dimensões subjetivas e sociais. Tal redução contribui para a fragmentação do cuidado e para a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com o processo de morrer em sua integralidade.

A morte não se distribui de forma homogênea na sociedade. Pelo contrário, a duração da vida e as condições do morrer são diretamente influenciadas pela posição socioeconômica dos indivíduos, evidenciando a existência de desigualdades estruturais no processo de morte. Essa desigualdade persiste após a morte, como demonstrado pela organização dos espaços de cemitérios (públicos e privados), velórios, homenagens, que reproduzem a lógica de classe presente na sociedade (Combinato; Queiroz, 2006, p. 212).

No contexto brasileiro, a morte é marcada pelas desigualdades sociais. Não se trata apenas de morrer, mas de como se morre e quem morre. A chamada morte social evidencia que a morte é produzida pelas condições concretas de vida, expressas na violência, na pobreza, na precariedade das políticas públicas e na desigualdade de acesso aos serviços de saúde.

Nesse sentido, a duração da vida e as formas do morrer estão diretamente relacionadas à posição de classe, território e condições socioeconômicas dos sujeitos, o que permite compreender a morte como expressão da determinação social do processo saúde-doença. Embora seja a única certeza da existência humana, a morte não se realiza de forma

homogênea. Ao contrário, explicita-se as contradições sociais, evidenciando que, em contextos marcados pela desigualdade, o acesso ao cuidado, ao tratamento e às condições dignas de vida e de morte ocorre de forma desigual, fazendo com que determinados grupos sociais estejam mais expostos ao sofrimento, ao abandono e à violação de direitos (Transferetti, *et al.*, 2006, p. 29).

Embora o referencial dos DSS contribua ao explicitar que renda, escolaridade, acesso a serviços e suporte social influenciam o fim da vida, ele se mostra insuficiente para responder por que essas condições são desigualmente produzidas e sistematicamente mantidas. Nesse sentido, como argumenta Jaime Breilh (2006), a análise crítica da saúde exige ultrapassar a identificação de determinantes e alcançar os processos estruturais que os geram, vinculados às formas de organização social e às relações de poder.

Assim, a desigualdade no morrer, se expressa em mortes marcadas por dor, abandono e pela desproteção, que revela o limite do conceito de DSS. Embora esse referencial contribua para descrever a distribuição desigual da dignidade no fim da vida, não apreende, em sua totalidade, as bases estruturais que produzem essa desigualdade. Sob essa perspectiva, a morte deixa de ser apenas um desfecho biológico e passa a ser compreendida como expressão das contradições sociais, reafirmando a necessidade de uma leitura ancorada na determinação social do processo de saúde-doença, assim como nos cuidados de fim de vida e morte.

Nos cuidados paliativos, essa perspectiva pode resultar na naturalização da pobreza, da fragilidade das redes de apoio e das barreiras de acesso como condições sociais dos sujeitos, deslocando a centralidade das contradições produzidas pela própria organização social capitalista e pela forma como o Estado responde às expressões da questão social. Assim, a crítica da determinação social permite compreender que as desigualdades no fim da vida não são circunstanciais ou individuais, mas expressão de uma sociabilidade que distribui desigualmente não apenas as possibilidades de viver, mas também as condições de morrer com dignidade.

Viver é a constância de plantar sem ter a certeza de colher.
- Anna Beatriz Gomes

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gostaria de dizer para você que viva como quem sabe que vai morrer um dia, e que morra como quem soube viver direito.
- Chico Xavier

A incorporação dos DSS nas Políticas Nacionais de Atenção Oncológica e de Cuidados Paliativos no Brasil, representou, em certa medida, um avanço em relação às concepções estritamente biologicistas do processo saúde-doença, ao reconhecer que as condições de vida, trabalho, renda, escolaridade, moradia e território influenciam diretamente as condições de saúde da população. Contudo, a análise realizada demonstrou que a operacionalização dos DSS, sobretudo a partir das formulações difundidas pela Organização Mundial da Saúde e organismos multilaterais, tende a fragmentar a realidade social em fatores, variáveis e riscos, deslocando a análise das determinações estruturais que produzem as desigualdades sociais em saúde.

A crítica formulada pela Saúde Coletiva latino-americana, em especial por Jaime Breilh (2006; 2013) e Asa Cristina Laurell (1982), demonstra que a análise da saúde exige ultrapassar a identificação de determinantes e alcançar os processos estruturais que os geram, vinculados às formas históricas de organização social e às relações de poder. Assim, os DSS, embora importantes para explicitar desigualdades, podem ser apropriados de forma funcional à racionalidade neoliberal, convertendo desigualdades estruturais em problemas técnicos de gestão, focalização e administração da pobreza.

No contexto brasileiro, tal discussão adquire particular relevância diante da condição de capitalismo dependente que marca a formação sociohistórica do país. O Brasil constituiu-se a partir da concentração da riqueza, da superexploração da força de trabalho, da permanência de hierarquias raciais e da desigual distribuição do acesso à terra, aos direitos sociais e às políticas públicas. No que se refere ao contexto do capitalismo dependente e à formação sócio-histórica brasileira, a dissertação demonstrou que as desigualdades sociais em saúde não podem ser explicadas apenas pela distribuição desigual de fatores ou pela insuficiência de políticas públicas.

São expressões da forma particular como o Brasil se inseriu no sistema capitalista mundial, ocorrendo de maneira subordinada às economias centrais, reproduzindo internamente estruturas de exploração do trabalho, concentração da riqueza e permanência de hierarquias raciais e territoriais historicamente construídas. Como demonstrou Florestan Fernandes (1981), a colonização latino-americana instituiu uma economia dependente e consolidou padrões de desigualdade que, mesmo com a ruptura formal do colonialismo, não foram superados, configurando novas formas de dominação articuladas entre elites internas e externas. É nessa condição histórica que se inscrevem as desigualdades no processo de saúde-doença no Brasil.

A formação social brasileira, fundada no escravismo e marcada pela superexploração da força de trabalho, produziu uma sociedade com profundas assimetrias de classe, raça e território que se expressam diretamente nas condições de vida e de saúde da população. A saúde da população negra, por exemplo, é atravessada pelo racismo estrutural (Almeida, 2019), que opera como determinante transversal do adoecimento, pois impõe barreiras de acesso aos serviços de saúde, condiciona o diagnóstico tardio, restringe a adesão ao tratamento e compromete o acesso a cuidados paliativos de forma digna.

Cumprir destacar as implicações do projeto privatista de saúde para os princípios fundantes do Sistema Único de Saúde. A Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade, mas seu esvaziamento pela lógica privatista viola o projeto constituinte. Esse projeto universalista foi progressivamente tensionado pela contrarreforma do Estado, que, sob a racionalidade neoliberal, promoveu a privatização e a mercantilização das políticas sociais, reorientando o sistema público de saúde para os interesses do mercado.

As entidades não estatais na gestão dos serviços públicos de saúde, expressam a materialização da lógica de mercado no interior do SUS. Esse processo fragmentou a ação pública, desresponsabilizou o Estado de determinadas funções e fomentou a mercantilização e a filantropização de direitos sociais que passaram a ser tratados como mercadoria ou bem-estar. Como consequência, tem-se a crescente segmentação da política de saúde, de um lado com a expansão de planos e seguros privados, e do outro, um SUS subfinanciado e fragmentado.

O subfinanciamento histórico do SUS constitui uma das expressões mais concretas do projeto privatista em curso. A aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou os gastos públicos por vinte anos, aprofundou esse processo ao impor um teto para os investimentos em saúde e educação, transferindo ao mercado a responsabilidade pela provisão de serviços que deveriam ser garantidos pelo Estado. Apesar de sua posterior revogação, seus efeitos permanecem presentes na precarização dos serviços públicos, nas dificuldades de acesso da população à saúde e na consolidação da lógica de austeridade fiscal.

No campo da oncologia e dos cuidados paliativos, as implicações dessa opção política se expressam de forma particularmente grave. O Brasil estimou para o triênio 2026-2028 aproximadamente 781 mil novos casos de câncer (Inca, 2026), sendo esta uma das principais causas de morbimortalidade no país. No entanto, a distribuição dos serviços especializados é profundamente desigual, concentrada nas capitais e nas regiões economicamente mais desenvolvidas, impondo barreiras territoriais, socioeconômicas e raciais ao acesso ao diagnóstico precoce, ao tratamento e ao cuidado de fim de vida.

A Lei nº 12.732/2012, que estabelece o prazo máximo de 60 dias para o início do tratamento oncológico no SUS, e a Política Nacional de Cuidados Paliativos, instituída pela Portaria GM/MS nº 3.681/2024, representam importantes avanços no plano normativo. Contudo, na realidade concreta da população brasileira, tais instrumentos coexistem com obstáculos persistentes, expressos em longas filas de espera, diagnósticos tardios e acesso desigual aos serviços e cuidados em saúde, em um sistema de saúde de difícil compreensão para as populações em contexto de pobreza.

Nesse estudo, apontou-se as particularidades do Maranhão, estado que condensa, as contradições entre o avanço normativo das políticas de saúde e os limites concretos para a sua efetivação. O Maranhão apresenta o menor rendimento domiciliar mensal *per capita* da federação (IBGE, 2025) e é marcado por profundas desigualdades territoriais, raciais e socioeconômicas que incidem diretamente sobre o processo de saúde-doença da população. A concentração da maioria desses serviços na capital São Luís/MA, evidencia como as desigualdades estruturais condicionam quem adoece, quem acessa o cuidado e quem morre com dignidade.

No contexto maranhense, adoecimentos por câncer considerados evitáveis, como o câncer de colo do útero e o câncer de pênis, apresentam índices alarmantes que expressam as desigualdades estruturais no processo saúde-doença. O Maranhão detém a maior incidência mundial de câncer de pênis (Brasil, 2018), patologia que acomete predominantemente homens idosos, pardos, com baixa escolaridade e residentes em contextos de extrema pobreza, com acesso precário a saneamento básico, água potável e serviços de atenção primária à saúde.

A moralização do adoecimento, que atribui o câncer de pênis à falta de higiene e autocuidado, constitui um mecanismo ideológico que desloca a análise das suas determinações sociais para o plano do comportamento individual, ocultando as condições materiais que limitam o acesso aos serviços de saúde e de cuidado. O câncer de colo do útero, por sua vez, afeta desproporcionalmente mulheres negras e pobres, revelando a intersecção entre classe, raça, gênero e território como determinantes estruturais do processo de adoecimento.

A análise das Políticas Nacionais de Atenção Oncológica e de Cuidados Paliativos, situadas no contexto das contrarreformas do Estado sob a lógica neoliberal, evidenciou as contradições entre os avanços normativos e os limites concretos de sua implementação. As políticas incorporam, em seus marcos normativos, referências aos Determinantes Sociais da Saúde, reconhecendo a influência de fatores sociais sobre o adoecimento e o acesso ao cuidado.

A perspectiva da determinação social do processo saúde-doença exige ultrapassar a descrição da distribuição desigual dos fatores e alcançar os processos estruturais que o produzem. No caso do Brasil e do Maranhão, esses processos estão enraizados nas formas históricas de organização da produção e da reprodução social, no capitalismo dependente, na superexploração da força de trabalho, na concentração fundiária, no racismo estrutural, na desigualdade territorial e nas sucessivas contrarreformas que fragilizaram os sistemas públicos de proteção social. São essas determinações que organizam quem vive, como se adoecce, quem acessa o cuidado e em que condições se morre.

Produz-se, assim, uma morte socialmente hierarquizada, onde determinados grupos, população negra, pobres, moradores/as de territórios pobres, pessoas em situação de rua, povos indígenas, quilombolas, morrem antes, morrem com mais sofrimento e morrem sem acesso a um cuidado digno,

em uma sociedade que formalmente reconhece o direito à saúde, mas que materialmente organiza sua negação.

No campo dos cuidados paliativos, essa realidade se expressa de forma ainda mais aguda. Embora a Organização Mundial da Saúde reconheça os cuidados paliativos como direito humano fundamental e componente essencial da atenção à saúde, o Brasil ocupa posição entre os piores países do mundo em qualidade de cuidados no fim da vida. A restrição do acesso, a concentração de serviços nas capitais, a insuficiência de equipes multiprofissionais, o subfinanciamento público e a ausência de integração entre os diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde configuram barreiras concretas que impedem que parcelas significativas da população acessem uma morte digna.

No Maranhão, com apenas dois serviços estruturados de cuidados paliativos no âmbito do SUS, ambos localizados na capital São Luís, essa barreira assume contornos ainda mais dramáticos, evidenciando que a territorialidade é também uma determinação social da morte. O estado possui 217 municípios distribuídos em uma área de aproximadamente 332 mil km², sendo o oitavo maior do Brasil em extensão territorial (IBGE, 2022). Diante desse vasto território, a concentração dos únicos dois serviços de cuidados paliativos estruturados, no Hospital de Oncologia do Maranhão e no Hospital Dr. Carlos Macieira, não configura apenas uma insuficiência quantitativa de serviços: configura uma violação espacialmente determinada do direito ao cuidado no fim da vida.

Essa realidade precisa ser lida à luz do contexto nacional. O Brasil ocupa a 79ª posição entre 81 países avaliados no ranking de qualidade da morte, elaborado por especialistas de todo o mundo e publicado pelo Journal of Pain and Symptom Management em 2022 (Finkelstein *et al.*, 2022). Esse cenário em nível nacional é crítico, pois em mais de 5 mil municípios, o Brasil tem apenas 234 equipes de cuidados paliativos, e elas estão centradas nos hospitais de alta complexidade. No Maranhão, são apenas dois serviços, para uma população de cerca de 6,8 milhões de pessoas (IBGE, 2025).

A dimensão socioeconômica aprofunda essa barreira territorial. O menor rendimento domiciliar mensal *per capita* entre os estados da federação é o do Maranhão. A taxa de pobreza no Maranhão, de 46,9% em 2024, é a mais elevada entre todos os estados brasileiros (FGV IBRE, 2025). O Litoral e a

Baixada Maranhense apresentam proporções de pessoas abaixo da linha de pobreza acima de 63,8%, entre os estratos mais vulneráveis do país (IBGE — Síntese de Indicadores Sociais, 2024). Para a população que vive nesses territórios, o acesso a São Luís, onde estão os únicos serviços de cuidados paliativos, pode implicar percursos de centenas de quilômetros, em estradas sem pavimentação, sem condições financeiras para transporte, hospedagem e alimentação durante o período de tratamento.

A compreensão do processo de saúde-doença e das condições de fim de vida no Maranhão exige ir além da insuficiência dos serviços de saúde. É preciso aprofundar as causas, os processos estruturais que produzem o adoecimento antes que ele possa ser tratado e que determinam, em última instância, quem morre e em que condições acontece. Nesse sentido, o modelo de desenvolvimento escolhido para o Maranhão, fundado na mineração, na siderurgia, na indústria petroquímica e no agronegócio de exportação, constitui uma mediação central na determinação social do câncer e do processo de morrer.

A Ilha de São Luís abriga um dos maiores complexos industriais do Brasil, composto pelo Porto de Ponta da Madeira (Vale), pelo Consórcio Alumar (Alcoa/South32) e pela Usina Termelétrica Porto do Itaqui (Eneva). Esse conjunto industrial promove, anualmente, a queima de aproximadamente um milhão e meio de toneladas de carvão mineral, resultando na emissão de dióxido de enxofre (SO₂), óxidos de nitrogênio, material particulado fino (PM_{2,5}), metais pesados e compostos orgânicos voláteis, todos classificados pela Organização Mundial da Saúde como agentes de risco para doenças respiratórias, cardiovasculares e câncer de pulmão (Who, 2021). Em São Luís, vive-se uma calamidade ambiental resultante da queima de um milhão e meio de toneladas de carvão mineral por ano, pela Eneva, Alumar e Vale, que resultou em ultrapassagem dos padrões de qualidade do ar num nível sem precedentes no país.

A qualidade do ar em São Luís atingiu níveis de emergência todos os dias de 2022, pelo menos uma vez. Conforme as estações de monitoramento, esse nível foi atingido 589 vezes no ano por causa do excesso de poluentes, sendo a mineração e a queima de carvão mineral as principais causas da situação. Os episódios agudos registraram concentrações de SO₂ (dióxido de enxofre)

superiores a 2.100 microgramas por metro cúbico, contra o padrão nacional de 125 µg/m³ e a recomendação da OMS de 40 µg/m³ (Zagallo, 2024). As águas da Baía de São Marcos têm pelo menos sete metais pesados acima dos limites permitidos pela Resolução do CONAMA que trata da matéria, comprometendo a cadeia alimentar de comunidades pescadoras que dependem diretamente da pesca artesanal.

Os efeitos sobre a saúde da população são documentados por dados oficiais. Segundo dados apresentados pelo Movimento de Defesa da Ilha, as mortes por câncer e doenças respiratórias na capital cresceram 162% entre 1996 e 2022, acima da média nacional, que foi de 136% e 99%, respectivamente. Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, realizada pela professora Márita Ribeiro e apresentada em audiência pública do Ministério Público estadual analisou 2.251 internações e 648 mortes por câncer de pulmão em São Luís entre 2000 e 2024, registrando um aumento de vinte vezes no período, tendo os bairros Vila Embratel, Centro e Turu como as áreas mais afetadas, e o principal fator de risco é a poluição do ar. O levantamento do DATASUS mostra que as doenças respiratórias subiram do 7º para o 3º lugar como principal causa de óbitos em São Luís entre 1996 e 2018 (Louzeiro, 2022, p. 77).

A situação do Consórcio Alumar merece atenção analítica específica. O Consórcio Alumar queima anualmente 486 mil toneladas de carvão mineral, além de 267 mil toneladas de óleo combustível nos calcinadores e 32 mil toneladas de coque na produção de alumínio, depositando como resíduo 2 milhões de toneladas por ano de lama vermelha, altamente tóxica, em nove barragens de rejeitos (Agência Tambor, 2022).

A inserção do Brasil no mercado global do alumínio faz parte de uma nova configuração da divisão internacional do trabalho, cujas atividades econômicas poluentes e altamente dependentes de energia, como o caso deste metal, vêm se deslocando para nações periféricas ou emergentes, onde muitas vezes as legislações são menos austeras e os movimentos ambientalistas e as reivindicações das populações atingidas têm menor influência (Delgado, 2012). O Maranhão ocupa, nessa lógica, o lugar de território sacrificado em nome do desenvolvimento econômico exportador.

A comunidade de Piquiá de Baixo, em Açailândia/MA, constitui o exemplo mais documentado da relação entre o modelo de desenvolvimento extrativista e

o adoecimento no Maranhão. Situada ao longo da Estrada de Ferro Carajás (ferrovia operada pela Vale para o transporte do minério extraído em Carajás/PA até o Porto de Ponta da Madeira em São Luís), a comunidade convive há mais de trinta anos com quatro usinas siderúrgicas instaladas ao lado de suas moradias.

Há mais de vinte anos, os moradores são vítimas de doenças respiratórias, aos olhos e à pele, câncer e diversos tipos de incidentes provocados por atividades industriais que não respeitam medidas de cuidado com a saúde e a segurança. Após anos de luta contra os impactos da mineração e siderurgia, as 312 famílias começaram a receber, em outubro de 2024, as chaves de suas casas no novo bairro planejado, chamado Piquiá da Conquista, localizado a cerca de 6 km da área original de poluição (Fidh, 2017).

No interior do Maranhão, a fronteira de expansão do agronegócio de soja, produz uma forma específica de violência que articula expulsão territorial e envenenamento sistemático das populações resistentes. Relatos de moradores de comunidades afetadas apontam que o veneno é despejado em cima de moradias, áreas de roça e até contra pessoas, o que corrobora o entendimento de que os agrotóxicos estão sendo utilizados como arma química, no intuito de expulsar as comunidades de seus territórios. A violência decorrente da contaminação por agrotóxicos teve um crescimento alarmante, passando de 19 ocorrências em 2023 para 182 em 2024. A maior parte desses casos, 156 ocorreu no estado do Maranhão (Racismo Ambiental, 2024).

A dimensão carcinogênica desse processo possui respaldo científico. Os agrotóxicos carcinogênicos atuam por meio de mecanismos celulares e moleculares, como estresse oxidativo, imunossupressão e inflamação crônica. Trabalhadores do setor, assim como residentes de áreas próximas de aplicação, apresentam maior risco de desenvolvimento de câncer de cérebro, de mama, de cólon, de estômago e cânceres hematológicos (Sarpa *et al*, 2022, p. 438). Pesquisas coordenadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e pela Fiocruz apontam que a exposição a organofosforados está associada ao mieloma múltiplo, à leucemia e ao linfoma não Hodgkin (Fiocruz/CESTEH; INCA, 2012).

As desigualdades raciais nos cuidados paliativos constituem uma dimensão que merece destaque. Pesquisas demonstram que pacientes negros/as recebem menor suporte, são submetidos com maior frequência a

tratamentos fúteis no fim da vida e têm acesso mais restrito a cuidados e a suporte familiar qualificado (Quirino; Mendes; Santos, 2024). Essas disparidades não resultam de diferenças biológicas ou de escolhas individuais, mas do racismo estrutural que atravessa as instituições de saúde, organiza as relações de cuidado e distribui desigualmente as possibilidades de morrer com dignidade.

As análises realizadas ao longo desta dissertação confirmam a hipótese central do estudo, as desigualdades no processo de saúde-doença e nas condições de fim de vida não são expressões residuais ou circunstanciais, mas resultados estruturais de um modelo de sociabilidade que, sob a hegemonia neoliberal, subordina os direitos sociais aos imperativos da acumulação do capital. A opção política pelo projeto privatista de saúde, tensiona os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS, aprofundando as desigualdades que condicionam quem pode acessar o cuidado e em que condições se morre no Brasil.

Diante desse quadro, a defesa intransigente do SUS como sistema público, universal, estatal, gratuito e de qualidade constitui uma exigência histórica que não pode ser recuada. Isso implica o enfrentamento do subfinanciamento, dos modelos de gestão que introduzem a lógica de mercado no interior do sistema público, a ampliação e a interiorização dos serviços de oncologia e de cuidados paliativos, e o combate ao racismo institucional, bem como a construção de políticas que, para além de descrever os DSS, intervenham nas condições estruturais que os produzem.

A perspectiva da determinação social da saúde faz-se importante para analisar o processo saúde-doença em sua totalidade concreta, situando-o nas contradições da sociabilidade capitalista. Ao recusar a fragmentação da realidade em fatores e variáveis gerenciáveis, ela permite compreender as determinações históricas, econômicas, sociais, raciais e territoriais que produzem as desigualdades no adoecimento e na morte. É a partir dessa perspectiva que se pode compreender por que determinadas populações adoecem mais, adoecem mais cedo, têm menos acesso ao diagnóstico de forma precoce e ao tratamento curativo, sofrem mais no fim da vida e morrem sem acesso a um cuidado digno.

Como afirma Jaime Breilh (2006), a crítica em saúde não se esgota na nomeação dos determinantes, ela exige alcançar os processos estruturais que

os produzem. Foi exatamente esse horizonte que orientou a análise desenvolvida nesta dissertação, pois não se esgota na descrição das desigualdades, ela aponta para a necessidade de enfrentar as estruturas que as produzem. Essa tarefa exige a articulação entre a produção acadêmica crítica, a formação profissional comprometida com a defesa dos direitos sociais e a organização política da classe trabalhadora que, cotidianamente, vivem e morrem sob as marcas das desigualdades estruturais.

A história do sistema de saúde brasileiro é também uma história de resistências. O SUS nasceu de um amplo movimento social, diferentes sujeitos coletivos têm se colocado na defesa de seu caráter público, universal e estatal, reafirmando os princípios históricos da Reforma Sanitária brasileira. Entidades representativas da classe trabalhadora, movimentos sociais, organizações científicas, conselhos profissionais, sindicatos e fóruns em defesa da saúde pública constituem importantes espaços de enfrentamento às iniciativas de privatização e de transferência da gestão pública para entidades privadas.

No atual contexto de aprofundamento das contrarreformas neoliberais, diversas frentes de resistência se organizam na defesa do direito à saúde e do SUS como bem público. No plano institucional, o controle social representa uma das conquistas mais significativas, diante da inclusão da participação popular como princípio organizativo do SUS. Os Conselhos de Saúde (municipal, estadual e nacional) constituem espaços de disputa onde a sociedade civil organizada, os trabalhadores e os usuários do sistema podem pressionar as decisões governamentais, fiscalizar a aplicação dos recursos públicos e denunciar os processos de desmonte.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), em particular, tem se posicionado de forma sistemática contra as Emendas Constitucionais que limitam o financiamento do SUS, contra as concessões de serviços hospitalares à iniciativa privada e contra o avanço dos planos de saúde como substitutos do sistema público. Como exemplo, destaca-se a Recomendação nº 001, de 2016, por meio da qual o CNS manifestou-se contrário à Proposta de Emenda Constitucional nº 241/2016 (posteriormente convertida na Emenda Constitucional nº 95/2016) onde alertou que o congelamento dos investimentos por 20 anos representaria um severo retrocesso e, conseqüentemente o desfinanciamento do SUS (Brasil, 2016).

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) constitui uma das entidades que, no âmbito do projeto ético-político do Serviço Social brasileiro, tem se posicionado de forma sistemática na defesa da seguridade social pública e do SUS como direito universal. Essa defesa integra o acúmulo histórico da categoria profissional, expresso em documentos como a Carta de Maceió, que reafirma a seguridade social pública, estatal, universal e de qualidade como conquista da classe trabalhadora (Cfess, 2000), e a Carta de Brasília, que reforça o compromisso profissional com a defesa dos direitos sociais e das políticas públicas universais (Cfess, 2010).

Nessa direção, o conjunto CFESS-CRESS tem denunciado os impactos das contrarreformas neoliberais sobre a seguridade social, posicionando-se contra medidas de austeridade, o desfinanciamento das políticas públicas e os processos de privatização que fragilizam o SUS, articulando a defesa intransigente dos direitos sociais à luta mais ampla da classe trabalhadora por condições dignas de vida e proteção social.

Outra expressão relevante da resistência organizada na defesa do SUS é a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, constituída em 2011 a partir da articulação de movimentos sociais, entidades sindicais, profissionais de saúde, usuários/as e pesquisadores/as. A Frente surge como resposta ao avanço dos modelos privatizantes de gestão dos serviços públicos de saúde, que aprofundam a mercantilização da saúde e fragilizam os princípios constitucionais do SUS (Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, 2011). Por meio de mobilizações nacionais, produção de documentos político-pedagógicos, como as moções de repúdio e recomendações, além da articulação com o controle social institucionalizado, a Frente tem denunciado decisões do Ministério da Saúde, que de forma unilateral, reduzem orçamentos, flexibilizam as relações de trabalho, ampliam a terceirização da gestão dos serviços e fortalecem mecanismos de privatização no interior do SUS.

Os processos de mercantilização da saúde não se desenvolvem sem resistência, pois o direito à saúde permanece como um campo de disputa política. Essas experiências de organização e luta coletiva demonstram que a defesa do SUS ultrapassa a preservação de uma política pública específica, constituindo parte da luta mais ampla pela garantia dos direitos sociais e pela construção de condições dignas de vida para a população trabalhadora.

É nesse contexto de contradições, disputas e desigualdades que se insere esta dissertação. Elaborada a partir da vivência profissional junto a pacientes oncológicos/as em cuidados paliativos no Maranhão, expressa um compromisso ético com os/as pacientes que chegam ao hospital de alta complexidade em fase avançada do adoecimento, sem possibilidade de tratamento curativo e sem acesso a cuidados que lhes garantam morrer com dignidade. Esses/as pacientes não chegam tarde ao sistema de saúde por escolha individual, mas estão atrelados às determinações sociais, econômicas, raciais e territoriais que organizam a vida cotidiana e tornaram o diagnóstico precoce impossível, o acesso ao tratamento inviável e o cuidado paliativo inacessível. Compreender essa realidade em sua totalidade é o primeiro passo para transformá-la.

Assim, o processo de saúde-doença é socialmente determinado. Em uma sociedade marcada por profundas desigualdades estruturais, não apenas a vida, mas também as possibilidades de morrer com dignidade são distribuídas de forma desigual. O acesso ao cuidado, ao alívio do sofrimento e às condições necessárias para uma morte digna permanece condicionado pelas desigualdades que marcam a própria existência humana. Enquanto persistirem relações sociais fundadas na exploração, na concentração da riqueza e na mercantilização da vida, permanecerão também as formas desiguais de adoecer, cuidar e morrer.

Viver é sempre isso, fazer o que se pode.
- Socorro Acioli

REFERÊNCIAS

- ABEAS – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho**. Disponível em: <https://abeas.org.br/hospital-de-cancer-do-maranhao/>. Acesso em: 19 abr. 2026.
- AGÊNCIA TAMBOR. **Alumar omite informações sobre poluição em São Luís**. Agência Tambor. São Luís, 28 mar. 2022.
- ALMEIDA, Silvio. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.
- ALTHUSSER, Louis. **Ideology and Ideological State Apparatuses (Notes towards an Investigation)**. In: ALTHUSSER, Louis. *Lenin and Philosophy and Other Essays*. New York: Monthly Review Press, 1971.
- ANCP – ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **O que são cuidados paliativos**. Disponível em: <https://paliativo.org.br/o-que-sao-cuidados-paliativos/>. Acesso em: 5 de abr. de 2026.
- ANCP – ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital de Câncer do Maranhão**. Disponível em: https://paliativo.org.br/servico-cuidados-paliativos-hospital-cancer-maranhao/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 5 de abr. de 2026.
- ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; BRAVO, Maria Inês Souza. **Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 499–518, set./dez. 2014.
- ANTUNES, Ricardo **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. São Paulo: Boitempo, 2018.
- ARANTES, Ana Claudia Quintana. **Pra vida toda valer a pena: Pequeno manual pra envelhecer com alegria**. Rio de Janeiro: Sextante, 2021.
- ARAÚJO, A. A.; BRITO, A. M.; NOVAES, M. **Saúde e autonomia: Novos conceitos são necessários?** Revista Bioética, v. 16, n. 1, p. 117-124, 2008.
- ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. **Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas**. BIB - Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais, Rio de Janeiro, n. 39, p. 3-30, 1995.
- BARBOSA, Rosangela Nair de Carvalho. **Questão Social**. In: MATOS, Maurílio Castro de et al. (org.). *Dicionário crítico do Serviço Social na saúde*. Uberlândia: Navegando Publicações, 2024.
- BASTA, Paulo C.; ORELLANA, Jesem D. Y.; ARANTES, Rui. **Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos**

selecionados. In: GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (Org.). Saúde indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012. p. 60-106.

BATTAGLIA, T. A. et al. **Melhorar o acompanhamento de resultados anormais em exames de rastreio de câncer de mama em uma população urbana: uma intervenção de apoio ao paciente.** Cancer, v. 118, n. 14, p. 3440–3450, 2012.

BEHM, H. **Social and economic determinants of mortality in Latin America. Mimeografado.** Trabalho apresentado na Reunião ONU/OMS sobre “Economic and Social Determinants of Mortality and its Consequences”. Cidade do México, 1979.

BEHRING, E. R. BOSCHETTI, Ivanete. **Política social, fundamentos e história.** 1. ed. São Paulo: Cortez, 2006

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma – desestruturação do Estado e perda de direitos.** São Paulo: Cortez, 2003.

BERLINGUER, Giovanni. **A saúde nas fábricas.** São Paulo: Hucitec, 1988.

BOARETTO, Naiara et al. **Câncer: uma revisão integrativa por estudantes de medicina.** *Boletim do Curso de Medicina da UFSC*, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 31-37, 2023. DOI: 10.32963/bcmufsc.v9i2.6402.

BORDE, Elis; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, Mario; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. **Uma análise crítica da abordagem dos determinantes sociais da saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 841–854, jul./set. 2015. DOI: 10.1590/0103-1104201510600030023.

BOSCHETTI, I. **Assistência social e trabalho no capitalismo.** São Paulo: Cortez, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 001, de 24 de junho de 2016. Recomenda ao Congresso Nacional a rejeição da Proposta de Emenda à Constituição nº 241/2016, que institui novo regime fiscal e impõe limites aos gastos públicos por vinte anos.** Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Maranhão: Cidades e Estados.** Rio de Janeiro: IBGE, 2025.

BRASIL. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. **Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde).** Brasília, DF: Presidência da República, 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Maranhão tem o maior número de casos de câncer de pênis no mundo.** Portal HU-UFMA, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/hubrasil/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/comunicacao/noticias/maranhao-tem-o-maior-numero-de-casos-de-cancer-penis-no-mundo>. Acesso em: 8 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil avança na vacinação contra HPV e supera média global.** Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Moradores do Maranhão serão beneficiados com política inédita para cuidados paliativos no SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 28 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024.** Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014.** Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 280, de 7 de abril de 1999.** Dispõe sobre a permanência de acompanhante para pacientes internados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.283, de 7 de março de 2017.** Dispõe sobre a expansão da radioterapia no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013.** Institui o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013.** Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 41, dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS),** de 31 de outubro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Painel de Vacinação HPV — Coortes Vacinais — Papilomavírus Humano.** Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. **Atlas do câncer relacionado ao trabalho no Brasil: análise regionalizada e subsídios para a vigilância em saúde do trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva o SUS! O maior sistema público de saúde do mundo é gratuito, universal e do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **População em situação de rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal**. Brasília: MDHC, ago. 2023.

BRAVEMAN, P. et al. **Disparidades e equidade em saúde: a questão central é a justiça**. American Journal of Public Health, v. 101, n. S1, p. S149–S155, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Prefácio**. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Orgs.) Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas, SP: Papel Social, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Reforma Sanitária**. In: MATOS, Maurílio Castro de; BERNARDO, Maria Helena de Jesus; VELOSO, Renato; OLIVEIRA, Débora Lopes de; SOUZA, Rodriane de Oliveira (org.). *Dicionário crítico do Serviço Social na saúde*. Uberlândia: Navegando Publicações, 2024.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões**. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Orgs.). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2011.

BREILH, J. **Visão da Determinação Social da Saúde como Ferramenta de Transformação para uma Nova Saúde Pública (Saúde Coletiva)**. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, v. 31, supl. 1, p. 13-27, 2013.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BRESCIANI, M. S. M. Londres e Paris no século XIX: o espetáculo da pobreza. 2ª edição. São Paulo: Brasiliense, 1984.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle**. Lua Nova: Revista de Cultura e Política, São

Paulo, n. 45, p. 49–95, 1998. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ln/a/xQZRPfMdrHyH3vjKLqtmMWd/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 08 abr. 2026.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Sociedade Civil: sua democratização para a reforma do Estado**. In: BRESSER-PEREIRA, Luis Carlos; WILHEIM, Jorge, SOLA, Lourdes (Orgs.). *Sociedade e Estado em Transformação*. UNESP/ENAP, 1999, p. 31-48.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005–2008, set. 2006.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. **O que estamos medindo quando medimos o cuidador familiar?** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 3, p. 2225-2234, 2010.

CARMO, M. E do; GUIZARDI, F. L. **O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social**. In: FIOCRUZ. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 3, ed. junho de 2017. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2018.

CARNEIRO, F. F. et al. **Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.

CARNOY, Martin. **Estado e Teoria política**. (equipe de trad. PUCCAMP) 2ª ed. Campinas: Papirus, 1988.

CARVALHO, Liana Amaro Augusto de. **As necessidades humanas em Agnes Heller**. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós Graduação em Serviço Social. Natal. RN, 2020.

CASSIN, Márcia Pereira da Silva. **Atenção à saúde da população em situação de rua**. In: MATOS, Maurílio Castro de; BERNARDO, Maria Helena de Jesus; VELOSO, Renato; OLIVEIRA, Débora Lopes de; SOUZA, Rodriane de Oliveira (org.). *Dicionário crítico do Serviço Social na saúde*. Uberlândia: Navegando Publicações, 2024.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. **Humanização em saúde: Intencionalidade política e fundamentação teórica**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

CDSS. **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais**. Lisboa: OMS, 2010.

CELIS, A.; NAVA, Y. **La patología de la pobreza**. Revista Médica del Hospital General, n. 33, p. 120-124, 1970.

CHADWICK, Edwin. **Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain**. London, 1842.

CHAVES, Ana Raquel de Mello; OLIVEIRA, Laura Freitas. **Cuidados Paliativos**. In: MATOS, Maurílio Castro de; BERNARDO, Maria Helena de Jesus; VELOSO, Renato; OLIVEIRA, Débora Lopes de; SOUZA, Rodriane de Oliveira (org.). **Dicionário crítico do Serviço Social na saúde**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2024.

CNDSS – COMISSÃO NACIONAL PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

COLLONS, Danielle et al. **Palliative care for all? An assessment of racial and ethnic disparities research with solutions**. Journal of Pain and Symptom Management, v. 66, n. 4, p. e521–e523, out. 2023.

COMBINATO, Denise Stefanoni; QUEIROZ, Marcos de Souza. **Morte: uma visão psicossocial**. Estudos de Psicologia, v. 11, n. 2, p. 209–216, 2006.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Maranhão amplia capacidade de tratamento contra o câncer com inauguração de centro de radioterapia**. 2025. Disponível em: <https://www.conass.org.br/>. Acesso em: 19 abr. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Carta de Brasília: Serviço Social e defesa dos direitos sociais**. Brasília, DF: CFESS, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Carta de Maceió: em defesa da seguridade social pública e universal**. Brasília, DF: CFESS, 2000.

CONTI, L. **Estructura social y medicina**. In: CONTI, L. *Medicina y sociedad*. Barcelona: Fontanella, 1972. p. 287-310.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros (Orgs.). **Reforma Sanitária e Contrarreforma na Saúde: interesses do capital em curso**. Maceió: EDUFAL, 2015.

CORTINA, Adela. **Aporofobia, a aversão ao pobre: um desafio para a democracia**. Tradução de Daniel Fabre. São Paulo: Contracorrente, 2020.
CPT — Comissão Pastoral da Terra. **Dados Parciais 2024: violência no campo**. Goiânia: CPT, 2024.

CSDH – COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTES OF HEALTH. **Um Quadro Conceitual para Ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde.** Geneva: WHO, 2007.

DA ROCHA, Vinicius Ximenes Muricy; AKERMAN, Marco. **Algumas tendências no debate da determinação social da saúde: para recuperar contribuições do pensamento latino-americano e anglo-saxão.** In: Promoção de Saúde: Autonomia e Mudança / Organização: Elza Machado de Melo; Jandira Maciel da Silva; Marco Akerman; Soraya Almeida Belisário. Belo Horizonte: Folium, 2016. (Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência; v. 1).

DELGADO, Guilherme Costa; CARDOSO JUNIOR, José Celso. **A insustentável leveza do alumínio: impactos socioambientais da inserção do Brasil no mercado mundial de alumínio primário.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2012.

DIMENSTEIN, M; CIRILO NETO, M. **Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social.** In: LAPIP. Revista Pesquisa e práticas psicossociais, v. 15, n. 1, mar. 2020. São João del-Rei (MG): LAPIP/UFSJ. p. 1-17.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Saúde e sociedade.** São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DOYLE, D. et al. **Oxford Textbook of Palliative Medicine.** Oxford: Oxford University Press, 2003.

ENGELS, Friedrich, 1820-1895. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra** / Friedrich Engels ; tradução B. A. Schumann ; supervisão, apresentação e notas José Paulo Netto. - [Edição revista]. - São Paulo: Boitempo, 2010.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado.** 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.

ENGELS, Friedrich. **Crítica do Programa de Gotha.** São Paulo: Boitempo, 2012.

ESCOREL, Sarah et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

ESCOREL, Sarah. **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ESPING-ANDERSEN, G. **As três economias políticas do Welfare State.** Lua Nova, n. 24, São Paulo: CEDEC, 1991.

ESTADÃO BLUE STUDIO. **O cenário do câncer no Brasil.** São Paulo: Estadão Blue Studio; Bristol Myers Squibb, 2024.

ESTRADA, Leah et al. **Racial differences in infection management and palliative care at end-of-life in nursing homes nationwide.** Antimicrobial Stewardship & Healthcare Epidemiology, v. 1, supl. 1, p. S69, 2021. DOI: 10.1017/ash.2021.133.

FABRI DOS ANJOS, M. **Eutanásia em chave de liberação.** Boletim do Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde (ICAPS), São Paulo, ano 7, n. 57, jun. 1989.

FARIA, Neice Muller Xavier. **Epidemiologia, agrotóxicos e câncer.** Rio de Janeiro: INCA/ANVISA, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/neice_faria_epidemiologia_agrototoxicos_cancer.pdf. Acesso em: 23 mai. 2026.

FARIAS, Odaleia de Oliveira; FONTENELE, Maria Gabriela Miranda; LIMA, Francisca Elisângela Teixeira; GALVÃO, Marli Teresinha Gimeniz; SILVA, Viviane Martins da; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira. **Análise de conceito advocacia em saúde sob a ótica do método evolucionário.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 57, e20230170, 2023.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS (FIDH). Comunidade de Piquiá de Baixo – **Brasil informa aos Procedimentos Especiais da ONU sobre falta de avanços no caso de mais de 300 famílias vítimas de poluição.** FIDH, Paris, 1 mar. 2017.

FERNANDES, Florestan. **Capitalismo dependente e luta de classes na América Latina.** 9. ed., Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

FINKELSTEIN, E. A. et al. **Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying.** Journal of Pain and Symptom Management, v. 63, n. 04, 2022.

FISCELLA, K. et al. **Reducing racial and ethnic disparities in cancer: findings and commentary.** Journal of the National Cancer Institute, v. 103, n. 14, p. 1135–1152, 2011.

FLEURY, Sonia. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743–752, 2009.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. **Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospices modernos.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 1, p. 165–180, jul. 2010.

FREEMAN, H. P. **Navegação de pacientes: uma estratégia baseada na comunidade para reduzir as disparidades no câncer.** Journal of Urban Health, v. 83, n. 2, p. 139–141, 2006.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Manifesto de Fundação da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde**. Rio de Janeiro: Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, 2011.

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS — INSTITUTO BRASILEIRO DE ECONOMIA (FGV IBRE). **Evolução da renda, desigualdade e pobreza nos estados do Nordeste (2012–2024)**. Blog do IBRE, maio 2025. Disponível em: <https://blogdoibre.fgv.br/posts/evolucao-da-renda-desigualdade-e-pobreza-nos-estados-do-nordeste-2012-2024>. Acesso em: 23 mai. 2026.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. **Mulheres negras e não negras e sua vulnerabilidade ao câncer do colo do útero: uma análise da influência dos determinantes sociais de saúde no Brasil**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 631–639, 2013.

GOMES, B.; HIGGINSON, I. J. **Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review**. BMJ, v. 332, n. 7540, p. 515–521, 2006.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere: os intelectuais, o princípio educativo, jornalismo**. Tradução Carlos Nelson Coutinho, 10 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2024.

GRANEMANN, S. **Fundações estatais: projetos de estado do capital**. In: BRAVO, M. I.; MENEZES, J. B. de. **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

GRANJA, Mayara Castro Lustosa Moura; LIMA, Fernando Lopes Tavares de. **Barreiras à prevenção do câncer e tratamento oncológico para a população em situação de rua**. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 66, n. 2, e-09816, 2020.

HELLER, Agnes. **Teoria das Necessidades em Marx**. Barcelona: Península, 1986.

HOBSBAWM, E. J. **Da Revolução Industrial inglesa ao Imperialismo americano**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche – Capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, Marilda V. **As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo**. In: MOTA, Ana E. M. et al. (Org.). **Serviços sociais saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Opas, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 1-37.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2025**. Rio de Janeiro: IBGE, 2025.

INCA. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer** / organização Mario Jorge Sobreira da Silva. – 5. ed. rev. atual. ampl. – Rio de Janeiro: Inca, 2019.

INCA. **Câncer do colo do útero: fatores de risco**. Rio de Janeiro: INCA, 2022a.

INCA. **Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2026.

INCA. **Memórias do INCA: 85 anos de histórias na assistência e no ensino em oncologia (1937-2022)** / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2022b.

JONES, Katie Fitzgerald et al. **Top ten tips palliative care clinicians should know about delivering antiracist care to Black Americans**. Journal of Palliative Medicine, v. 25, n. 3, p. 479–487, 2022. DOI: 10.1089/jpm.2021.0502.

KELLEHEAR, Allan. **Compassionate cities: public health and end-of-life care**. London: Routledge, 2013.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. Rio de Janeiro: Editora Martins Fontes; 1985.

LAURELL, Asa Cristina. **A saúde-doença como processo social**. Revista Latinoamericana de Salud, México, n. 2, p. 7-25, 1982. Tradução de E. D. Nunes.

LEAL, Laura Marcelino; CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. **Determinação da saúde e expressões da “questão social” no Brasil: impactos para os sujeitos sociais**. In: OLIVEIRA, Ednéia Alves de; DUARTE, Marco José de Oliveira; CASTRO, Marina Monteiro de Castro e (org.). Serviço social, políticas e sujeitos sociais. Juiz de Fora, MG: Editora UFJF, 2021.

LENIN, Vladimir Ilyich. **O Estado e a revolução: a doutrina marxista do Estado e as tarefas do proletariado na revolução**. Rio de Janeiro: Vitória, 1965.

LIMA, Caroline Magalhães. **Vulnerabilidade social**. In: MATOS, Maurílio Castro de; BERNARDO, Maria Helena de Jesus; VELOSO, Renato; OLIVEIRA, Debora Lopes de; SOUZA, Rodriane de Oliveira (orgs.). Dicionário Crítico do Serviço Social na Saúde. Uberlândia: Navegando Publicações, 2024. p. 434-438.

LOUZEIRO, Andreza dos Santos. **Avaliação de risco de movimento de massa: proposta de sistematização de indicadores de exposição física em análise microlocal aplicada ao bairro Vila Embratel, São Luís-MA (Brasil)**.

2022. 241 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Programa de Pós-Graduação em Geografia, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022.

MAPA DE CONFLITOS ENVOLVENDO INJUSTIÇA AMBIENTAL E SAÚDE NO BRASIL. **Poluição causada por atividade siderúrgica — Comunidade Piquiá de Baixo, Açailândia/MA.** Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 2023.

MARMOT, Michael et al. **Health inequalities among British civil servants: the Whitehall Study.** The Lancet, London, 1978.

MARMOT, Michael. **Determinantes sociais das iniquidades em saúde.** *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7–16, jan./abr. 2007.

MARTINS, A. de C. **Risco social: terminologia adequada para a proteção social e garantia dos direitos?** In: Revista Em Pauta. N. 29, v. 10, p. 85-99. Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política. Livro I: O processo de produção do capital.** Tradução de Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã.** São Paulo: Boitempo, 2007.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista.** 2. ed. Lisboa: Editorial Avante!, 1997.

MATOS, Maurílio Castro de. **O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da Covid-19.** Revista Humanidades e Inovação, v. 8, n. 35, 2021.

MEIRA, Karina Cardoso et al. **Mortalidade por câncer do colo do útero nos municípios nordestinos: correlação com indicadores sociodemográficos.** *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 69, n. 3, e-063993, 2023.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** 2. ed. Brasília: OPAS, 2011.

MERLIN, P.; CHOAY, F. **Dictionnaire de l'urbanisme e de l'aménagement** (4a ed.). Paris: PUF, 2015.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

MONTAÑO, C. E. **O projeto neoliberal de resposta à “questão social” e a funcionalidade do “terceiro setor”.** Lutas Sociais, 2004,

MONTEIRO, C. A. et al. **Os produtos ultraprocessados estão se tornando dominantes no sistema alimentar global.** *Obesity Reviews*, v. 14, n. S2, p. 21–28, 2013.

MOREIRA, Ingrid Arieli Batista; ARAÚJO, Bruna Barbosa; SANTOS, Lyvia Geovanni Melo. **Cuidado invisível: as repercussões sociais na vida de mulheres cuidadoras/acompanhantes de usuários oncológicos em longa internação no Maranhão.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 18. 2025, Salvador: CFESS/ABEPSS, 2025.

MOREIRA, Márcia Chaves. **Determinação social da saúde: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MOTA, Ana Elizabete. **Desigualdade Social.** In: MATOS, Maurílio Castro de; BERNARDO, Maria Helena de Jesus; VELOSO, Renato; OLIVEIRA, Débora Lopes de; SOUZA, Rodriane de Oliveira (org.). *Dicionário crítico do Serviço Social na saúde.* Uberlândia: Navegando Publicações, 2024.

MOTA, Tatiane. **Abrale aborda a nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer.** *Medicina S/A*, São Paulo, n. 28, p. 84, 2024.

MOURA, Ana Carolina Norberta de et al. **Desafios e avanços na implementação de políticas de saúde oncológica pelo Sistema Único de Saúde.** *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, São José dos Pinhais, v. 17, n. esp., p. 1-15, 2024.

NAVARRO, Vicente. **O que entendemos por determinantes sociais da saúde.** *International Journal of Health Services*, v. 39, n. 3, p. 423-441, 2009.

NETTO, J. P. **Capitalismo e barbárie contemporânea.** *Argumentum*, Vitória (ES), UFES, v. 4, n.1, p. 202-222, jan./jun., 2012.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social.** 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2011a.

NETTO, J. P. **Cinco notas a propósito da questão social.** *Temporalis. Revista da ABEPSS*, Brasília, v. 2, n. 3, 2001.

NETTO, José Paulo. **FHC e a política social: um desastre para as massas trabalhadoras.** In: LEB AUSPIN, Ivo (Org.). *O desmonte da nação. Balanço do Governo FHC.* 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999, p. 75-89.

NOBRE, Patrícia Fernandes da Silva. **Prescrição off-label no Brasil e nos EUA: aspectos legais e paradoxos.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 847–854, 2013.

NOGUEIRA, R. P.; FARANI, A. **Intersectorialidade em saúde: conceito e desafios para a gestão do SUS**. Saúde em Debate, v. 45, n. 129, p. 567–578, 2021.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Determinantes, determinação e determinismo sociais**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 397–406, set./dez. 2009.

O'CONNOR, James. **A crise fiscal do Estado**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Quase 3 milhões de pessoas morrem devido a acidentes e doenças relacionados ao trabalho**. Genebra: OIT, 2023. Disponível em: <https://www.ilo.org/pt-pt/resource/news/quase-3-milh%C3%B5es-de-pessoas-morrem-devido-acidentes-e-doen%C3%A7as-relacionados>. Acesso em: 02 abr. 2026.

PAIM, J. S. **Nova Saúde Pública ou Saúde Coletiva?** In: Desafios para a saúde coletiva no século XXI [online]. Salvador: EDUFBA, 2006, pp. 139-153. ISBN 978-85-232-1177-6.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PASTORINI, A. **A Categoria Questão Social em Debate**. São Paulo: Cortez, 2004.

PEREIRA, J. B; SOUZA, D. O. **A recente produção teórica em torno dos determinantes sociais da saúde**. In: PAIVA, M. J. G. et al. (Org.). Capitalismo, trabalho e política social. São Paulo: Blucher, v. 2, p. 85-98, 2017.

PEREIRA, P. A. **Política social contemporânea: concepções e configurações no contexto da crise capitalista**. In: COSTA, L. C., NOGUEIRA, V. M. R., and SILVA, V. R., orgs. A política social na América do Sul: perspectivas e desafios no século XXI [online]. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2013, pp. 15-26. ISBN 978-85-7798-231-8.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

PESSINI, Leocir. **Distanásia: até quando investir sem agredir?** Revista Bioética, 1996, v. 4, n. 1 apud CARVALHO, Gisele Mendes de. Aspectos Jurídicos-penais da Eutanásia. São Paulo: IBCCRIM, 2001.

PESSINI, Leocir. **Eutanásia: por que abreviar a vida?** São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2004.

PESSINI, Leocir; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

PIMENTEL, E. **Uma "nova questão social"? Raízes materiais e humano-sociais do pauperismo de ontem e de hoje.** Maceió: Edufal, 2007.

PIMENTEL, E.; COSTA, G. M. **Questão social e desigualdade: novas formas, velhas raízes.** Revista *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 1-26, 2006.

PINHEIRO, Woneska Rodrigues; AKERMAN, Marco. **Diálogos sobre determinantes sociais e equidade em saúde: um movimento pela práxis em saúde.** Curitiba: CRV, 2020.

PINTO JÚNIOR, Rogério Araújo; MARTINS NETO, Carlos; JESUS, Soraya Almeida de; TEIXEIRA, Lúcia Helena Moreira Lima; AMORIM JÚNIOR, João Carlos; CARDOZO, Patrícia Adriana Corrêa Lobato; SANTOS, Hyrlanny Pereira dos; FERREIRA, Abia Sousa; MILHOMEM, Mariana Barros da Silveira de Araújo; REIS, Andréa Dias. **Perfil socioeconômico e demográfico dos óbitos por câncer de pênis no estado do Maranhão.** *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 26, n. 1, 2026.

PIZA, Suze. **Sequestro e resgate do conceito de necropolítica: convite para leitura de um texto.** *Trans/Form/Ação*, Marília, v. 45, edição especial, p. 129–148, 2022.

PRADO JÚNIOR, Caio. **Formação do Brasil contemporâneo.** São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

PRADO. Úrsula Bueno do. *et al.* **Atlas dos cuidados paliativos no Brasil.** 1. Ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2023.

QUIRINO, Vânia Cristina; MENDES, Ernani Costa; SANTOS, Ana Paula Menezes Bragança dos. **Saúde da população negra e os cuidados paliativos.** *Revista Remecs*, São Paulo, v. 2, n. esp., p. 11–20, 2024.

RACISMO AMBIENTAL. **Guerra química: comunidades rurais do Maranhão denunciam mais de 90 ocorrências de pulverização aérea de agrotóxicos somente em 2024.** *Racismo Ambiental*, 24 maio 2024.

RIBEIRO, Márta. **Câncer de pulmão em São Luís: distribuição territorial e poluição atmosférica.** UFMA / MPMA, 2024–2026.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. **Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na teoria da produção social da saúde.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 129–135, 2015.

RODRIGUES, Luis Fernando; SILVA, João Felipe Marques da; CABRERA, Marcos. **Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, e00130222, 2022.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. **O Problematizando as noções de vulnerabilidade e risco social no cotidiano do SUAS.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 20, n. 3, p. 449-459, jul./set. 2015.

SALDANHA, Rodrigo Róger. **Testamento Vital: aspectos controversos e a autonomia do enfermo.** Curitiba: Juruá, 2017.

SALLNOW, Libby et al. **Relatório da Comissão Lancet sobre o Valor da Morte: trazendo a morte de volta à vida.** The Lancet, v. 399, n. 10327, p. 837-884, 2022.

SANTOS, Josiane Soares. **“Questão social” e reprodução das desigualdades de classe, sexo/gênero e raça-etnia na realidade brasileira.** In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). *O trabalho da/o assistente social em contexto de crise do capital.* Brasília: CFESS; ABEPSS; UERN; FUNCITERN, 2026.

SANTOS, Josiane Soares. **Modos de produção, formação social e alguns marcos históricos sobre o Brasil.** In: SANTOS, Josiane. Soares. “Questão Social”: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

SARPA, M.; et al. **Exposição a agrotóxicos e desenvolvimento de câncer no contexto da saúde coletiva: o papel da agroecologia como suporte às políticas públicas de prevenção.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 2, p. 196–211, 2022.

SAUNDERS, C. **The evolution of palliative care.** Journal of the Royal Society of Medicine, 2001.

SCHWARCZ, Lília Moritz. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930).** São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SILVA, J. A. et al. **Iniquidades raciais no acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer no Brasil: revisão sistemática.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, 2020.

SILVA, Jarbas Barbosa da; BARROS, Marilisa Berti Azevedo. **Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história.** Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health, v. 12, n. 6, p. 375–383, 2002.

SILVA, Letícia Batista; SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Determinação social do processo saúde-doença.** In: MATOS, Maurílio Castro de; BERNARDO, Maria Helena de Jesus; VELOSO, Renato; OLIVEIRA, Débora Lopes de; SOUZA, Rodriane de Oliveira (org.). *Dicionário crítico do Serviço Social na saúde.* Uberlândia: Navegando Publicações, 2024.

SOARES, L. T. R. **As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 53, n. especial, p. 17-24. Rio de Janeiro: Aben, dez. 2000.

SOARES, Raquel Cavalcante. **Sistema Único de Saúde.** In: MATOS, Maurílio Castro de; BERNARDO, Maria Helena de Jesus; VELOSO, Renato; OLIVEIRA, Débora Lopes de; SOUZA, Rodriane de Oliveira (org.). *Dicionário crítico do Serviço Social na saúde.* Uberlândia: Navegando Publicações, 2024.

SOUZA, Cristiane Luiza Sabino de. **Particularidades da formação social no contexto do capitalismo dependente, heteropatriarcal e racista brasileiro.** In: Formação social brasileira: capitalismo dependente e periférico, sistema heteropatriarcal-racista e projeto ético-político profissional. Disciplina 2, Aula 1. Material didático de curso de especialização. CFESS: Brasília, 2025.

SPOSATI, Aldaíza. **Regulação social tardia: característica das políticas sociais latino-americanas na passagem entre o segundo e terceiro milênio.** Fórum Social Mundial de Porto Alegre (fev. 2002) e no seminário “Perspectivas de la Política Social em América Latina” promovido pelo INDES – Instituto Interamericano para o Desarrollo Social do Banco Interamericano de Desarrollo, de 17 a 19 de abril de 2002, Washington D.C.

TAKALA, Jukka. **Eliminating occupational cancer in Europe and globally.** OSHwiki – European Agency for Safety and Health at Work, 2015. Disponível em: <https://oshwiki.osha.europa.eu/en/themes/eliminating-occupational-cancer-europe-and-globally>. Acesso em: 02 abr. 2026.

TEIXEIRA, Leônia Cavalcante. **Implicações subjetivas e sociais do câncer de boca: considerações psicanalíticas.** Arq. bras. psicol. v.61 n.2 Rio de Janeiro ago. 2009.

TEIXEIRA, S. F. **Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma sanitária.** In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). Reforma Sanitária – em Busca de uma Teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

TELLES, Vera da Silva. **Pobreza e cidadania.** São Paulo: Editorial 4, 2013.

TONET, Ivo. **Expressões socioculturais da crise capitalista na atualidade.** In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 107-124.

TRANSFERETTI, José et al. **A morte e o morrer: desafios para a Teologia Moral no contexto atual.** Razão e Fé, Pelotas, v. 8, n. 2, p. 21–44, jul./dez. 2006.

UK PARLIAMENT. **1842 Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain.** Living Heritage – Transforming Society: Living and Learning. Disponível em: <https://www.parliament.uk/about/living-heritage/transformingsociety/livinglearning/coll-9-health1/health-02/>. Acesso em: 3 mar. 2026.

VIEIRA, Abna. **Disparidade racial na assistência ao câncer**. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 69, n. 4, e-004519, 2023.

VIEIRA, C. B.; FEITOZA, L.; PINHO, J.; TEIXEIRA-JÚNIOR, A.; LAGES, J.; CALIXTO, J.; COELHO, R.; NOGUEIRA, L.; CUNHA, I.; SOARES, F.; SILVA, G. E. B. **Perfil de pacientes com câncer peniano na região com a maior incidência mundial**. Scientific Reports, 2020.

VILLA-BÔAS, Maria Elisa. **Da Eutanásia ao Prolongamento Artificial**. São Paulo: Forense, 2005.

VIRCHOW, Rudolf. **Reporte sobre la epidemia de tifo em Alta Silesia**. Medicina Social. México: ALAMES, v. 3, n. 1, p. 11-20, 2008.

WELLS, K. J. et al. **Navegação de pacientes: tecnologia de ponta ou ciência?** Cancer, v. 113, n. 8, p. 1999–2010, 2008.

WILENSKY, Harold. **The welfare state and equality. structural and ideological roots of public expenditures**. Berkeley: University of California, 1975.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2 ed. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative Care**. Geneva: WHO, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM_{2,5} and PM₁₀), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240034228>. Acesso em: 23 mai. 2026.

ZAGALLO, Guilherme. **Declaração em audiência pública do MPMA sobre poluição do ar em São Luís**. São Luís: Movimento de Defesa da Ilha, 2024.
