

Ginecologia oncológica: a corresponsabilidade na atenção à saúde da mulher¹

Gynecologic oncology: a co-responsibility in health care for women

Debora Helena do Nascimento*

Fernanda dos Reis Melo**

Letícia Batista Silva***

Considerado como um problema de saúde pública o câncer ginecológico apresenta uma elevada incidência de casos novos e óbitos em mulheres brasileiras, uma vez que o acesso à saúde ainda é tortuoso no Brasil, ao considerarmos as longas filas de espera, a demora na obtenção dos resultados de exames etc. Tendo em vista esses fatores impeditivos da plena atenção à saúde da mulher, é que refletimos sobre a necessidade de o Estado, sociedade e os profissionais de saúde que se encontram no atendimento direto às mulheres no Sistema Único de Saúde assumirem uma postura de corresponsabilização quanto ao atendimento das necessidades de saúde.

Considered as a public health problem, gynecological cancer has a high incidence of new cases and deaths among Brazilian women, as access to health care is still tortuous in Brazil (long queues, delay in obtaining test results, etc.). Given these impediments to full health care for women, we discuss the need of the State, society and health professionals, with public and direct assistance to women, to assume co-responsibility regarding proper care of health needs.

Palavras-chave: Saúde. Saúde da mulher. Integralidade em saúde.

Key words: Health. Women's health. Integrality in health.

Introdução

O câncer ginecológico é uma questão de saúde pública, pois se caracteriza como neoplasia maligna com alta taxa de incidência em mulheres no Brasil. Apesar de ser uma doença com possibilidades de cura e de diagnóstico precoce na rede de atenção básica, o que se observa é um alto índice de mulheres com diagnóstico tardio e com estadiamento² avançado.

* Assistente Social especialista em Serviço Social em Oncologia e Mestranda em Serviço Social no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: deboranascimento_80@hotmail.com.

** Assistente Social do Hospital do Câncer II, Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/Fiocruz e Doutoranda em Serviço Social no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: femelo@ig.com.br.

*** Assistente Social do Hospital do Câncer II, Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Doutoranda em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: leticiabatistas@gmail.com.

¹ Artigo baseado em trabalho de conclusão de curso apresentado na especialização em Serviço Social em Oncologia no INCA/ 2010.

² Estadiamento é o termo utilizado para determinar a extensão da neoplasia. Refere-se à classificação dos pacientes de câncer com base na extensão anatómica da doença. (MACKILLOP et al., 2006, p. 191).

Para reverter esse quadro de alto de índice de mulheres diagnosticadas tardiamente e, por essa razão, com câncer ginecológico em estadiamento avançado, faz-se necessária a articulação de uma linha de cuidados em saúde, como prevista na Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO³). Porém, no cotidiano das práticas de atenção em saúde, cujo elemento fundante é a integralidade nas ações e serviços de saúde, a articulação entre os níveis de atenção ainda apresenta limites como o inchaço das filas de atendimento à demanda por serviços de saúde, concentração na atenção médico-hospitalar, a terceirização de exames diagnósticos, a burocratização do acesso aos serviços de saúde de forma desordenada etc.

Contudo, verifica-se que a integralidade da atenção em saúde não se efetivou no Sistema Único de Saúde (SUS), pois os níveis de atenção básica, média e alta complexidade encontram-se desarticulados, com dificuldades para atender a demanda por serviços de saúde, sobretudo a limitação no processo de referência e contrarreferência. Além disso, destaca-se que a construção de práticas com base na integralidade ainda não foi incorporada às rotinas e à organização dos serviços de saúde.

A integralidade é reconhecida como diretriz organizativa do SUS a partir da Constituição Federal de 1988. Essa diretriz é um dos principais fundamentos para o alcance da universalização do acesso, tendo em vista que conjuga múltiplos sentidos para a reorganização das práticas em saúde, com base no diálogo entre diferentes especialidades e na relação dos serviços de saúde com a rede social comunitária (comunidade, os serviços locais de entidades filantrópicas, eclesiais etc.), entre os serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção e com demais políticas setoriais.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS⁴), ao promulgar as diretrizes de organização do SUS e incorporar uma concepção ampliada de saúde que considera os determinantes sociais como fatores condicionantes do processo de saúde-doença da população, legitimou a necessidade de efetivação da construção de práticas integradas entre diferentes profissionais, entre os níveis de atenção em saúde e as demais políticas sociais, com vistas ao atendimento das necessidades de saúde dos usuários.

No entanto, as condições para a efetivação da integralidade com a adoção do receituário neoliberal são desfavoráveis, visto o cenário de desresponsabilização do Estado nas políticas públicas, verificado a partir da descontinuidade no financiamento, da transferência da gestão e do provimento dos serviços sociais para organizações da sociedade civil. Esse processo de flexibilização no campo social se faz acompanhar de um aprofundamento das desigualdades regionais e sociais, que repercutem nos modos de viver e adoecer da população.

³ Portaria nº 2.439 de 8 dezembro de 2005. A Política Nacional de Atenção Oncológica foi instituída pelo Ministério da Saúde com o objetivo de estabelecer diretrizes nacionais para a atenção oncológica e estimular a atenção integral nos três níveis de gestão do SUS.

⁴ Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, normatizam o Sistema Único de Saúde. Sendo que a primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e funcionamento dos serviços de saúde e a segunda define as normas para participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para área da saúde.

Compreender os impactos das expressões da questão social sobre o processo de saúde-doença dos usuários do SUS se faz necessário para os profissionais de saúde, principalmente o assistente social, tendo em vista que este contribui no processo de atenção à saúde, observando sob diferentes ângulos os determinantes sociais que condicionam o acesso, a continuidade e a efetivação do tratamento.

Referencial teórico

Até a Constituição de 1988, o sistema de saúde brasileiro estava marcado pela cidadania regulada⁵. Dessa forma, o acesso às ações e serviços de saúde, até o início da década de 80, era caracterizado pela subdivisão do sistema de saúde em dois setores: o de Saúde Pública e o Serviço de Assistência Médica Previdenciária. A partir da última Carta Magna, a saúde passa a ser reconhecida como política pública universal, que o Estado tem o dever de garantir mediante políticas sociais e econômicas.

Essa Constituição, ao conferir à saúde o *status* de política pública estatal, rompeu com a lógica da cidadania regulada para acesso aos serviços de saúde. Nesse cenário, a saúde é concebida como direito de todos independentemente da inserção formal no mercado de trabalho, ou seja, saúde é direito universal.

Do ponto de vista da organização do sistema, os serviços de saúde foram redefinidos de forma regionalizada e hierarquizada, com vistas a integrar um sistema único, cujas diretrizes são: descentralização, integralidade de ações e serviços de saúde, participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Passados vinte e quatro anos da implementação do SUS, são perceptíveis os avanços conquistados a partir, por exemplo, da descentralização da assistência na atenção primária, como a erradicação de algumas epidemias pela vacinação, com a inclusão de segmentos populacionais antes excluídos do sistema de saúde e com a implementação de canais de participação da sociedade civil como os conselhos e conferências de saúde. Entretanto, ainda há questões a serem discutidas e avaliadas com vistas à concretização do direito à saúde de toda a população brasileira (MACHADO et al., 2008), pois, em tempos de acirramento das contradições políticas e de desigualdades econômicas e regionais, o que se observa é a limitada efetivação do direito à saúde inscrito no SUS.

Outra questão emblemática é que, apesar da garantia da universalidade do acesso, surge na contramão o projeto neoliberal que impõe desafios à construção do SUS. Observa-se que as políticas sociais sofreram precarização no seu financiamento, na gestão dos serviços sociais, que se expressa, por exemplo, no aumento da parceria público-privada, na transferência de responsabilidades à sociedade civil organizada, na ênfase ao voluntariado, entre outros. Nesse cenário, as expressões da questão social se

⁵ Conceito de Wanderley Guilherme dos Santos (1979), é um sistema de estratificação ocupacional, definido por norma legal. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, reconhecido por lei.

aprofundam atingindo a classe trabalhadora, inclusive os setores médios da sociedade, visto que as relações de trabalho tornam-se mais flexíveis, fragmentando esta classe, que passa a lutar por conquistas corporativas, tais como: plano de saúde, odontológico, previdência privada, etc. (MOTA, 2008).

Além disso, as manifestações da questão social mostram-se presentes no cotidiano das famílias e dos diversificados segmentos vulnerabilizados (crianças, adolescentes, idosos, mulheres etc.), que vivenciam o aprofundamento da pauperização, a falta de acesso aos bens e serviços coletivos, visto o aumento das desigualdades sociais e regionais (CARVALHO, 2008).

A questão social⁶ apresenta múltiplas expressões que perpassam o sistema de saúde. Os usuários do SUS possuem necessidades de saúde condicionadas pelo seu modo de viver-adoecer, as quais não devem ser minimizadas pelos profissionais de saúde, pois impactam diretamente no tratamento e nos serviços de atenção à saúde direcionados ao atendimento da população.

Segundo Vidal (2008), a qualidade da atenção em saúde não é apenas condicionada ao acesso ao tratamento, mas também à garantia de acesso aos procedimentos (exames, cirurgias etc.) e à efetivação do sistema de contrarreferência aos serviços externos para alcance da atenção integral à saúde da população.

O sistema de saúde brasileiro na década de 90 não foi adotado como prioridade para os governos se considerarmos que a adoção do receituário neoliberal tem como lógica o desenvolvimento das forças produtivas e a ampliação do poder de mercado sobre as diversificadas dimensões da vida humana, levando o Brasil a adoções de políticas fragmentadas e focalizadas. Nesse sentido, apesar de existir no plano legal, condições para a implantação do SUS; no campo econômico, político e social estavam ocorrendo processos de flexibilização da atenção estatal na política pública.

Com isto, o investimento na saúde pública foi incipiente, tendo como consequências, dentre outras, o sucateamento do sistema de saúde pública brasileira, com privilegiamento do setor privado de atenção à saúde, e a ausência de política de valorização e capacitação dos profissionais de saúde. Associada à limitada efetivação do SUS, encontra-se a precarização das políticas públicas, como consequência do desmonte do Estado, que, apesar de possuir diretrizes constitucionais que disciplinam e introduzem um conceito de proteção social de maior equidade e justiça social, não se efetiva nos anos 90 em detrimento da introdução do receituário neoliberal (MACHADO et al., 2008).

Aspectos da Oncologia

A atenção à saúde em oncologia deve apreender os condicionantes sociais que influenciam os modos de viver e adoecer do paciente oncológico, uma vez que as

⁶ Conceito de Yamamoto, M. V. (2008) – segundo esta autora a questão social é apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, cuja raiz comum encontra-se na apropriação dos frutos do trabalho da classe trabalhadora pela classe burguesa.

necessidades de saúde envolvem tanto o tratamento especializado, como também o acesso aos serviços sociais e comunitários, a reestruturação das rotinas diárias, a garantia da manutenção da proteção social desses usuários por meio do acesso a outras políticas sociais. Ou seja, o cuidado em saúde oncológica requer a incorporação das necessidades de saúde que moldam o processo de saúde-doença para que os usuários possam ter a garantia de uma atenção integral à saúde.

A compreensão das necessidades de saúde pelo sistema de saúde pública deve observar as desigualdades regionais e sociais no acesso e na qualidade à atenção em saúde, a exemplo do câncer ginecológico, que quando diagnosticado precocemente oferece às mulheres a possibilidade de realizar um tratamento curativo. Em razão de o acesso aos serviços de atenção básica de qualidade ainda ser uma questão problemática e limitada no sistema de saúde, identifica-se anualmente o aumento de usuárias que apresentam diagnóstico de câncer de colo de útero.

É preciso entender que o câncer ginecológico compreende os tumores de mama, do colo do útero, de ovário, de vagina, de vulva e de endométrio. Sendo que os tumores de mama e do colo do útero são os de maior incidência em mulheres no Brasil.

O câncer é a segunda causa de doença e morte no Brasil, sendo um problema de saúde pública à medida que representa 17% dos óbitos de causa conhecida no país. Ao reconhecer a magnitude social do câncer no país, promulgou-se a Política Nacional de Atenção Oncológica, que é organizada por parâmetros nacionais que visam estimular a atenção integral, com articulação entre os três níveis de governo.

Ao considerar a diversidade regional, a PNAO reconhece a integralidade como diretriz para organização da linha de cuidados em atenção oncológica, tendo como premissas a hierarquização e a regionalização dos serviços em todas as unidades federadas, com o fim de garantir condições à população de acesso aos cuidados em saúde em oncologia e ao diagnóstico precoce na rede básica através da qualificação e treinamento dos profissionais do nível primário de saúde.

Na organização da linha de cuidados em saúde oncológica, merece destaque a preocupação a respeito da qualificação e do treinamento dos profissionais de saúde da atenção básica, pois o câncer de colo de útero apresenta cem por cento de chances de cura, quando diagnosticado precocemente.

Apesar de terem sido conquistados avanços significativos quanto ao aumento da sobrevida das pessoas com diagnóstico de câncer, pesquisas revelam que as desigualdades sociais⁷ entre países desenvolvidos e em desenvolvimento impactam sobre o aumento da expectativa de sobrevida desses doentes crônicos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010).

[...] em países desenvolvidos a sobrevida média estimada em cinco anos varia de 51% a 66%. Nos países em desenvolvimento, os

⁷ Mariângela Belfiore Wanderley (1997) argumenta que o termo desigualdades sociais sob perspectiva crítico-dialética é compreendido como resultado do processo de expropriação dos frutos do trabalho da classe trabalhadora pelo capitalista na sociedade do capital.

casos são encontrados em estádios relativamente avançados e, consequentemente, a sobrevida média é menor, cerca de 41% após cinco anos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010, p. 33).

As estimativas para a ocorrência de casos de câncer no país em 2010 eram de 489.270, sendo que a incidência de novos casos de neoplasia maligna, quando distribuídas regionalmente, revela que as maiores taxas localizam-se nas regiões Sul e Sudeste. Observa-se que o câncer de colo de útero apresenta alta incidência na região Norte (23/100.000), em seguida nas regiões Centro-Oeste (20/100.000) e Nordeste (18/100.000) (INCA, 2010).

As condições de vida da população brasileira também influenciam na adesão ao tratamento oncológico, na medida em que a maioria dos cidadãos brasileiros encontra-se inserida no mercado informal de trabalho, relegando sua saúde às necessidades de subsistência cotidiana, além de encontrar inúmeras dificuldades: de acessar a rede de serviços de saúde, de prosseguir com tratamento de saúde por necessidade de sustentar suas famílias, de moradia, de alimentação, entre outros (CARVALHO, 2004).

Localização Primária	Estados		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	49.240	49,27	17.540	74,56
Colo do Útero	18.430	18,47	5.280	22,50
Cólon e Reto	14.800	14,80	5.530	23,54
Traqueia, Brônquio e Pulmão	9.830	9,82	3.130	13,37
Estômago	7.680	7,70	2.340	9,94
Leucemias	4.340	4,33	1.330	5,52
Cavidade Oral	3.790	3,76	1.090	4,48
Pele Melanoma	2.970	2,92	860	3,38
Esôfago	2.740	2,69	660	2,55
Outras Localizações	78.770	78,83	28.510	121,33
Subtotal	192.590	192,74	66.270	282,03
Pele não Melanoma	60.440	60,51	12.800	54,45
Todas as Neoplasias	253.030	253,23	79.070	336,52

Quadro 1 - Estimativa para o ano de 2010 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de número de casos novos e de óbitos por câncer, em mulheres, segundo localização primária

Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10

Fonte: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER /MS. Estimativa (2010)

O processo de precarização das condições de vida da população usuária traz à tona questões para além do tratamento oncológico, uma vez que as políticas públicas na atual conjuntura são focalizadas, têm uma intencionalidade minimalista de amenizar as

expressões da questão para manter a ordem socioeconômica vigente.

A falta ou a não operacionalidade de proteção social, a precarização das relações de trabalho e o aumento da família monoparental, chefiada por mulheres também devem ser reconhecidas como questões de alta complexidade para a efetivação do tratamento em oncologia. Os determinantes sociais, culturais, econômicos, no modelo neoliberal de ação do Estado, sofrem um aprofundamento, impactam sobre o processo saúde-doença e merecem reconhecimento dos profissionais de saúde na atenção à saúde da população do sistema de saúde pública (CARVALHO, 2004).

Metodologia

O método analítico utilizado foi a teoria social crítica, haja visto a adequação ao objetivo do estudo de resgatar a historicidade do tema, assim como identificar nas obras de autores da área de saúde a materialidade das condições sociais, políticas e econômicas que atravessam o modo de operacionalização do cuidado em saúde da mulher. A condução adotada foi a revisão de bibliografia. O estudo utilizou artigos, leis, capítulos e livros dos últimos vinte e seis anos. Foram feitas pesquisas de textos em bases de dados científicos: Scientific Electronic Library Online – SciELO, Medline, Sistema Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – Lilacs, e Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. A pesquisa dos descritores que nortearam a seleção dos textos foi feita utilizando os Descritores em Ciências de Saúde – DeCS.

Discussão

Oncologia na Atenção à Saúde: a saúde ginecológica em debate

O debate acerca da saúde ginecológica em oncologia faz necessário pensarmos acerca de gênero e política de saúde da mulher, uma vez que esses temas são centrais para pensar a integralidade na atenção em saúde feminina, já que se considera que a apreensão dos modos de viver e adoecer enfrentados pelas mulheres na sociedade capitalista será condicionada aos aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos.

A perspectiva de gênero é entendida neste trabalho como fenômeno social presente nas relações sociais, impregnada por valores sociais, econômicos e culturais da sociedade em determinado contexto histórico (VELOSO, 2007), por isso entende-se que quando a sociedade determina atribuições femininas também impõe as masculinas, ou seja, as atribuições e distinções entre gêneros estão perpassadas por relações de poder que marcam a organização social desde suas origens primitivas até o capitalismo.

Parte-se da noção de que as relações sociais são também constituídas pelo gênero, ou seja, as relações de gênero, juntamente com as relações de classe e de raça/etnia, constituem e fundam as relações sociais. Estas três categoriais (classe, gênero e raça/etnia) são consideradas neste artigo como eixos básicos que estruturam toda e qualquer realidade social. Tal concepção tem como pressuposto a ideia de que estes eixos não devem ser tomados isoladamente, mas sim em profunda articulação e interação. (Veloso, 2007, p. 12).

O gênero compreendido a partir das relações sociais que são travadas no cotidiano permite que os profissionais de saúde, em especial, o assistente social, percebam que as desigualdades de acesso aos serviços de saúde estão intimamente atreladas ao modo de viver e adoecer dessas mulheres e homens que são atendidos no sistema público de saúde. Nesse sentido, torna-se necessário que os profissionais de saúde imprimam no processo de cuidado ações que venham dar respostas a esses condicionantes do processo de adoecer.

Os impactos do aumento das desigualdades sociais sobre a classe trabalhadora, em especial, da precarização das condições de vida quando relacionados ao gênero feminino, apresentam denominadores significativos quanto às dificuldades para o exercício da cidadania e o acesso aos direitos sociais, visto que às mulheres se cristalizou o papel de cuidadora dos membros da família, o dever de prestar o cuidado e educar os filhos e na atual conjuntura prover financeiramente o grupo familiar.

No debate sobre gênero feminino e masculino, destacam-se as conquistas alcançadas pelas mulheres nas últimas décadas, na sua inserção no mundo do trabalho em cargos tradicionalmente masculinos como: a magistratura, a engenharia, a construção civil, a carreira política como vereadora, deputada, presidente etc. É importante, porém, reconhecer que a inserção no mercado de trabalho é uma constante na vida das mulheres pertencentes às classes populares, pois a sua condição social não lhe permitia desempenhar somente o papel de cuidadora dos membros familiares, ou seja, de dona de casa. Além disso, novas atribuições foram assumidas pelas mulheres, que passam a compartilhar a chefia familiar com seus companheiros ou assumem completamente o papel de provedora da família, tendo em vista que a conquista da cochefia da sociedade conjugal e o reconhecimento de direitos aos concubinos são vividos de forma diferenciada por mulheres de diferentes segmentos (BARSTED, 1995).

Essas questões devem ser observadas pelos profissionais de saúde na atenção à saúde da mulher nos diferentes níveis de atenção (baixa, média e alta complexidade), visto que as mulheres brasileiras possuem diferentes modos de vida, trabalho, inserção de classe e distintas visões de mundo e de cultura.

O movimento político e social das mulheres em nível mundial e nacional possibilitou que as necessidades de saúde desse segmento fossem incorporadas como questões sociais de atendimento público estatal.

A articulação da linha de cuidados entre os níveis de atenção básica, secundária e de alta complexidade, quando pensada em relação à saúde da mulher, colabora para a

ruptura com uma lógica de desintegração na atenção à saúde dessas usuárias do sistema público, tendo em vista que os programas voltados à saúde feminina na década de 70 apresentavam uma visão segmentada em fases como: a gestação, o parto, o puerpério e a mulher em idade fértil, o que não contempla a mulher em sua totalidade (BRASIL, 2007; SILVA, 2009).

Esta visão focalizada na questão reprodutiva modifica-se a partir do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que data dos anos 80, cuja concepção de saúde feminina está pautada nas reivindicações do movimento feminista, compreendendo, desta forma, as necessidades de saúde desse segmento no que se refere à promoção, à proteção e à recuperação.

No plano legal, o PAISM preconizava uma atenção à saúde da mulher desde a adolescência à terceira idade, envolvendo o acompanhamento dessa usuária no nível básico, de média e alta complexidade, uma vez que incorpora uma concepção de assistência à saúde feminina associada aos aspectos sociais, econômicos e culturais. Apesar de apresentar avanços na assistência à saúde da mulher com a incorporação e identificação da necessidade de atenção as neoplasias malignas de mama e colo de útero, o PAISM ainda manteve uma visão medicalizante e reprodutiva acerca da saúde feminina. (SILVA, 2009).

Observa-se que a atenção à saúde da mulher nos anos 2000 ganha novo enfoque com a incorporação da perspectiva de gênero, raça e etnia, com vistas a ultrapassar a visão reducionista da saúde feminina aos aspectos reprodutivos e medicalizantes. Ainda apresenta como princípios norteadores da PNAISM a integralidade, a humanização e a qualidade da atenção à saúde com vistas à promoção da saúde da mulher em todas as fases da vida.

No plano de ação do PNAISM, identifica-se que a integralidade ganha materialidade pela ação intersetorial com as demais instâncias organizacionais da política de saúde e com secretarias executivas do trabalho, ciência e tecnologia, gestão participativa, outras organizações (grupo da terra, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Fundação Nacional de Saúde) e no âmbito da alta complexidade com o Instituto Nacional de Câncer – INCA.

Destaca-se que na PNAISM a redução morbimortalidade por câncer na população feminina é definida como um dos objetivos específicos, cujas metas são o aumento em 30% da cobertura de papanicolau na população de risco (35 a 49 anos) e aumentar em 45% a realização de cirurgias para reconstrução mamária (BRASIL, 2004).

O controle do câncer do colo de útero é apresentado como uma das prioridades no Pacto Pela Vida em 2006, tendo como objetivos e metas de alcance o aumento da cobertura em 80% para o exame preventivo do câncer uterino e incentivo para realização de cirurgia de alta frequência de lesões intra-epiteliais de alto grau (BRASIL, 2006).

Identifica-se que a preocupação com a redução e controle da morbimortalidade de mulheres por câncer de colo de útero e mama é preconizada na política de saúde brasileira desde os anos 80, o adoecimento por câncer é compreendido como questão

de saúde pública. Contudo, dados da vigilância sanitária demonstram que, apesar de a incidência do câncer de colo de útero, por exemplo, manter-se de 2008 a 2010 em torno de 18 mil a cada 100 mil mulheres no Brasil, a taxa de mortalidade por esse tipo de câncer tem apresentado estabilidade nos últimos 20 anos, demonstrando que a intervenção governamental no que tange à incidência e à mortalidade não teve impacto significativo (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010).

Os dados da vigilância sanitária ratificam a necessidade da construção de uma assistência integrada à saúde da mulher em todos os níveis de atenção à saúde, pois a realidade social revela que o diagnóstico do câncer do colo do útero é obtido tardiamente, acarretando a progressão do tumor maligno, o consequente aumento da taxa de mortalidade e a elevação do custo financeiro do tratamento oncológico prolongado. Estudos demonstram que o tratamento oncológico tem menor impacto na organização socioeconômica quanto mais rápido diagnosticado o câncer, tendo em vista a possibilidade de procedimentos clínicos menos invasivos e de menor custo. Assim sendo, o diagnóstico precoce traz menor impacto na vida dos pacientes oncológicos.

O Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO⁸ – oferece informações acerca da situação de acompanhamento e monitoramento das ações de detecção precoce do câncer de colo de útero, nas quais se observa que o protocolo de realização do exame preventivo tendo como prioridade o aumento da cobertura do público-alvo de mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos não vem sendo seguido corretamente, na medida em que os dados mostram repetição desnecessária de exames citopatológicos, em casos de lesões de baixo grau, atípicas escamosas não neoplásicas e amostras insatisfatórias/rejeitadas (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010).

A incorporação da perspectiva de gênero à PNAISM demonstrou não ser suficiente para a efetivação da atenção integral à mulher no campo da saúde, porque, conforme os dados expostos, a incidência de câncer de colo de útero não apresentou alteração significativa de 2008 até o presente momento, mantendo-se na faixa de 18 mil casos para cada 100 mil mulheres brasileiras, reforçando a necessidade de repensar a integração entre os níveis de atenção em saúde. Nesse sentido, observa-se que a falta de qualificação e capacitação dos profissionais na atenção básica, aliada à baixa resolutividade na rede de cuidados em saúde e ao aumento das necessidades de saúde feminina devido à degradação das condições de vida da população, tem como uma de suas consequências o diagnóstico tardio do câncer de colo de útero.

Observa-se ainda que a mídia escrita e falada, ao estimular a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis com foco na Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - HIV/AIDS, não contempla a prevenção do HPV – papiloma vírus humano. Sendo que esse tipo de infecção é comum entre mulheres sexualmente ativas, estimando-se que 25% das mulheres brasileiras estejam infectadas pelo vírus. Esse vírus é um dos fatores de

⁸ SISCOLO é um subsistema do SAI/SUS para registro dos exames citopatológico e histopatológico do colo do útero. Sendo uma importante ferramenta gerencial para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de controle do câncer do colo do útero, nos diversos níveis de gestão (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010).

risco para o desenvolvimento de câncer do colo do útero, pois uma pequena fração das mulheres infectadas com um tipo de HPV com alto risco de câncer poderá desenvolver câncer do colo do útero (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010).

Recentemente, agências de regulamentação de medicamentos de vários países aprovaram para comercialização vacinas contra a infecção pelo HPV. No Brasil, estão registradas, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA/MS): a vacina quadrivalente contra HPV 6, 11, 16 e 18, desenvolvida para a prevenção de infecção pelos tipos virais mais comuns nas verrugas genitais (HPV 6 e 11) e no câncer do colo útero (HPV 16 e 18), é indicada para mulheres com idade de 9 a 26 anos; e a vacina bivalente contra HPV tipos 16 e 18, associados ao câncer do colo do útero, é indicada para mulheres de 10 a 19 anos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2010, p. 33 -34).

Em se tratando de atenção integral na saúde ginecológica em oncologia, pode-se analisar em que medida as novas atribuições referentes à cochefia ou à chefia familiar, ao exercício de uma profissão sucedida e rentável, no cotidiano das pacientes com câncer ginecológico, representam uma conquista. O estudo sobre as condições de vida das mulheres com câncer do colo do útero, realizado por Carvalho, aponta na unidade de atenção à ginecologia oncológica, que muitas usuárias encontram-se em condições de doença avançada (CARVALHO, 2004).

O referido estudo demonstra que essas mulheres têm uma inserção social semelhante e expressam experiências de vida muito parecidas. São mulheres pobres. E a pobreza impõe restrições severas aos indivíduos (e às famílias) na escolha e acesso a bens e serviços. Nesta pesquisa, constatamos que as pacientes são chefes de família e únicas responsáveis pelos cuidados com os filhos.

Observa-se ainda, neste estudo, que a mulher relega os cuidados a sua saúde a terceiro plano porque as cobranças sociais atribuídas a ela como cuidadora dos membros familiares, o trabalho para prover e complementar a renda familiar e os cuidados com o seu lar acabam refletindo-se na falta de tempo para cuidar de si mesma.

Identifica-se que a condição de classe social e de gênero no que tange ao tratamento em ginecologia oncológica apresenta grande impacto sobre as mulheres da classe trabalhadora inseridas precariamente no mercado de trabalho (subempregadas, na economia informal, com vínculos temporários), pois “a sua condição de doença e o tratamento necessário podem implicar no afastamento (temporária ou definitivamente) de suas atividades laborativas, comprometendo o poder aquisitivo da família, especialmente quando é sua a chefia da família” (CARVALHO, 2004, p. 63).

No que tange à média de idade das mulheres em tratamento em ginecologia oncológica de determinado hospital público que é referência no tratamento em oncologia no Rio de Janeiro, Carvalho (2004, p. 63) mostra que há concentração de mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos, seguida daquelas que se encontram acima

dos 50 anos. Isso reflete a necessidade de o país programar-se para o atendimento das necessidades de saúde da população adulta e idosa, uma vez que a população brasileira encontra-se em processo de envelhecimento e, com o advento da incorporação das tecnologias científicas aos cuidados de saúde, houve mudanças no perfil demográfico da população brasileira que hoje pode ser considerada predominantemente jovem-adulta.

Em relação à escolaridade das mulheres em tratamento de câncer de colo de útero no supracitado hospital público, o estudo aponta que há um expressivo quantitativo de usuárias que não ultrapassaram o nível fundamental de ensino e este dado é importante para pensarmos a respeito da atratividade que os programas de prevenção e controle do câncer de colo de útero apresentam para esse público, como essas mulheres compreendem a importância do cuidado com sua saúde e quais as possibilidades de adesão às propostas de programas de prevenção, uma vez que possuem um nível de instrução precário e encontram-se inseridas subalternamente no mercado de trabalho.

Na situação previdenciária, essas mulheres possuem vínculo como autônomo na Previdência Social e apesar de lhes ser garantido o direito ao benefício de auxílio-doença, não optam por usufruir de tal benefício. Enquanto isso, 80% dessas mulheres não possuem vínculo previdenciário encontrando-se em situação de desproteção social, dado que, devido ao adoecimento por câncer e sua condição de tratamento, não estão em condições físicas, emocionais e sociais para exercer suas atividades laborativas, impondo-lhes a condição de dependentes de terceiros para subsistir.

Diante dessas questões, apreender as condições de vida e trabalho das mulheres em tratamento em ginecologia oncológica se faz necessário para promover a atenção à saúde dessas usuárias numa perspectiva integral, já que as precárias condições sociais a que estão submetidas refletirão na continuidade do seu tratamento, pois os determinantes sociais, econômicos e culturais condicionam os modos de enfrentamento do processo de saúde-doença.

Para adesão e continuidade ao tratamento de câncer ginecológico, torna-se indispensável a viabilização do acesso às demais políticas sociais como: transporte, alimentação, trabalho, assistência social, previdência social etc. O câncer acomete a família do paciente como um todo, mesmo quando o usuário acessa o tratamento pelo sistema público de saúde, pois, diante do quadro de pauperização das classes trabalhadoras e do aprofundamento das desigualdades sociais, a possibilidade de diminuição da renda familiar por conta do afastamento do trabalho e de um possível cuidador (a) repercute no padrão de sobrevivência daquele grupo familiar (NOGUEIRA, 2007; CARVALHO, 2008).

A integralidade enquanto diretriz do SUS reflete a necessidade de atenção às necessidades de saúde da população com cooperação entre profissionais e dos serviços de saúde entre si e com a rede social, pois, como refletimos anteriormente, a demanda pela saúde possui especificidades que ultrapassam o tratamento médico e incorporam necessidades de sobrevivência inclusive para fins de continuidade ao tratamento de saúde.

Corresponsabilidade em ginecologia oncológica: a participação do Serviço Social

O câncer é uma questão de saúde pública, que impacta na vida daqueles que adoecem, visto que o adoecimento por neoplasia maligna acomete não somente o doente, mas também sua família. O adoecimento por câncer perpassa diferentes dimensões da vida dos sujeitos acometidos pela doença, porque esses cidadãos estão submetidos a mudanças nas rotinas de vida econômica e social, na medida em que terão que se afastar temporária ou definitivamente do trabalho, das atividades escolares, do convívio social com amigos, entre outros (CARVALHO, 2008).

Nesse sentido, é imprescindível que a atenção ao usuário em oncologia seja compreendida a partir da corresponsabilização no cuidado de saúde na relação dos profissionais com os usuários e seus familiares, já que a proteção social a este grupo de sujeitos acometidos pelo adoecimento oncológico no seio familiar encontra-se em processo de precarização, visto que a família terá que recompor sua organização diária para incluir os cuidados ao paciente oncológico na sua rotina, bem como adequar a renda familiar que sofre impacto significativo devido às despesas com novos hábitos alimentares e com a viabilização de transporte. Outra questão é que nem todos os pacientes em tratamento oncológico terão acesso aos benefícios de transportes coletivos (Rio Card, Vale Social, Transporte Fora de Domicílio), por encontrarem-se em diferentes fases de tratamento, entre outros⁹.

O assistente social compromissado com a efetivação dos direitos sociais deve ser capaz de fazer uma leitura, minimamente, qualificada e decodificada das informações clínicas, com vistas à orientação acerca das condicionalidades para acesso aos direitos sociais e aos benefícios socioassistenciais. Nesse sentido, o assistente social é um articulador das demandas dos usuários com a rede social e comunitária, tendo em vista que além das condicionalidades legais existentes para o acesso aos direitos sociais, também existem casos em que o paciente oncológico residente no município do Rio de Janeiro encontra-se altamente debilitado fisicamente e sem condições para usufruir do transporte coletivo, requerendo outros suportes de transporte para continuidade ao tratamento.

As refrações da questão social no contexto de adoecimento por câncer se aprofundam e a essas questões somam-se os estigmas, a negação da doença, a possibilidade de mutilação, a possibilidade de finitude. Com vistas a atender essas demandas, é necessário que haja uma equipe multiprofissional, pois o usuário portador de neoplasia maligna necessita de uma atenção interdisciplinar já que a doença debilita a sua inserção social, cultural, econômica e afetiva (NOGUEIRA, 2007).

Nesse cenário, o assistente social contribui para a efetivação da garantia do direito à saúde mediante a viabilização do acesso aos serviços e bens sociais internos e externos

⁹ Os benefícios de transportes coletivos só podem ser acessados pelos pacientes oncológicos na fase ativa do tratamento e se tiverem frequência de atendimento hospitalar (consultas) de pelo menos duas vezes no mês.

às instituições de saúde, utilizando como instrumento o parecer social que possibilita a ampliação dos direitos sociais.

O “parecer social” é um instrumento importante e muito utilizado, tanto interna como externamente. Este parecer tem um propósito implícito e implica fazer valer um posicionamento do Serviço Social em face das questões dos usuários. Pode ser demandado pelos próprios usuários; solicitado por outros profissionais ou instituições – como instituições de saúde, secretarias estaduais, secretarias municipais (de saúde, promoção social), INSS, OAB, etc. -; ou a partir do próprio assistente social. Sempre no sentido de expressar algum aspecto que precisa ser reconhecido, objetivando resguardar e/ou efetivar direitos (CARVALHO; SILVA, 2001, p. 4).

O assistente social é um interlocutor entre usuários e a equipe de saúde, pois é um profissional qualificado a decodificar as diversas expressões da questão social que refletem sobre o processo saúde-doença da população usuária, a partir de uma observação ativa, propositiva e competente com vistas a viabilizar a democratização das informações em saúde e ampliar a cidadania desses usuários (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010).

No contexto de acirramento político-econômico-social do neoliberalismo, aprofundam-se as desigualdades sociais, às quais os usuários estão submetidos, inclusive, alijando meios para a efetivação do SUS, em razão de as políticas sociais encontrarem-se fragmentadas e focalizadas no combate à pobreza. Essas condições delimitam o atendimento das demandas sociais apresentadas pelos usuários do SUS, visto que os impasses do sistema de saúde pública na atual conjuntura são minimizados. As filas de espera por um atendimento na atenção básica, média e de alta complexidade se tornam maiores, com reflexo no avanço do quadro clínico dos usuários, bem como nas condições de trabalho dos profissionais de saúde impactando sobre a atenção à saúde dos usuários por não permitir a construção de vínculo no cuidado em saúde e fragilizar o profissional de saúde que se encontra no atendimento direto à população.

Além disso, as contradições inerentes ao trabalho do assistente social no atual momento do capitalismo no Brasil se ampliam, tendo-se em conta que no contexto neoliberal o atendimento às demandas sociais da população passa pelo viés da comprovação da pobreza e da situação de vulnerabilidade social, condicionando o trabalho do assistente social à realização de seleção por critério socioeconômico daqueles que terão acesso aos programas e serviços socioassistenciais. Tendo em vista esse panorama, observa-se que as políticas sociais, principalmente, a Assistência Social, estabelecem critérios de exclusão de parcela significativa da população por meio de condicionalidades socioeconômicas e de faixa etária, focalizando a atenção e o atendimento das necessidades sociais aos cidadãos em situação de extrema pobreza.

O Projeto Ético-Político Profissional enfrenta dificuldades de efetivar-se porque

os assistentes sociais se deparam com o aumento das demandas sociais dos usuários da saúde, cujos processos interventivos não encontram condições sociais, políticas e econômicas para a ampliação da cidadania e a garantia de efetivação dos direitos sociais dos usuários do SUS, já que os meios para a viabilização do acesso aos bens e serviços sociais, efetivados via políticas sociais, encontram-se em processo de desterritorialização do seu conteúdo emancipador. Essas políticas estão sendo repassadas à sociedade civil e nos últimos anos ocorreu redução no financiamento das políticas públicas estatais.

As demandas com as quais trabalhamos são totalidades saturadas de determinações (econômicas, políticas, culturais, ideológicas), que exigem mais do que ações imediatas, instrumentais e cunho psicossocial. Elas implicam intervenções que emanem de escolhas, que passem pelos condutos de uma prática baseada na razão crítica e da vontade dos sujeitos – ações que estejam conectadas a projetos profissionais aos quais subjazem referenciais teóricos e princípios ético-políticos. Cabe desmistificar a ideia de “cada caso é um caso” e compreender, nas singularidades, o caráter de totalidade. (CARVALHO; SILVA, 2001, p. 6).

A garantia dos direitos sociais nessa conjuntura deve ser assumida por múltiplos sujeitos sociais, no campo da saúde, a efetivação do direito aos cuidados e ao acesso à saúde é compromisso de mais de um profissional no exercício da sua cidadania e do seu fazer profissional. Para tanto, é necessário que os profissionais de saúde, especialmente, o assistente social, incorporem a realidade social ao seu trabalho, visto que na atenção ao usuário oncológico, as diversas expressões da questão social estão refletidas na não efetivação do acesso ao tratamento especializado, devido ao alijamento das condições sociais, econômicas e emocionais que são apresentadas cotidianamente ao profissional. Diante da realidade exposta, estes são corresponsáveis na mediação do acesso às políticas públicas.

As ações dos assistentes sociais em articulação com os demais profissionais de saúde no acolhimento ao usuário da ginecologia oncológica materializa o conceito de integralidade no cuidado em saúde, na medida em que as necessidades sociais da população atendida são incorporadas como demanda na atenção em saúde oncológica. O usuário da ginecologia oncológica necessita de condições objetivas para dar continuidade ao seu tratamento de saúde, tendo em vista que não basta ter acesso ao tratamento especializado quando as necessidades sociais de alimentação, moradia, transporte, educação, trabalho, entre outros, acabam criando obstáculos para que ele possa efetivar seu tratamento.

É necessário entender que o acolhimento realizado na atenção à saúde oncológica possibilita que a compreensão da singularidade dos sujeitos seja apreendida sem a mistificação do cunho social que o adoecimento por câncer traz inerentemente. Nesse sentido, o câncer de colo de útero apresenta significativa relação com a situação de classe social, uma vez que os determinantes sociais relativos aos modos de inserção

no mundo do trabalho, escolaridade, idade, vínculo previdenciário, entre outros fatores, caracterizam as condições que esse usuário e sua família apresentam para o enfrentamento de um tratamento contínuo, longo, mutilante. “Vivenciamos um processo de desnaturalização/desmistificação do adoecimento e inscrevemos este processo em uma esfera não mais somente singular, mas a partir dos determinantes sociais do câncer.” (CARVALHO, 2001, p. 6).

O acolhimento é apresentado como um dos mecanismos de organização do cuidado em saúde pela Política Nacional de Humanização, que apregoa que esse mecanismo deve ser compreendido como prática relacional a ser construída entre usuários, equipes e serviços de saúde (BRASIL, 2009).

O mecanismo de cuidado em questão, apreendido sob a perspectiva da integralidade, cria possibilidades de inclusão do usuário e dos profissionais de saúde na organização dos serviços de atenção à saúde, já que propõe a incorporação da experiência e do saber dos diferentes sujeitos em ação e envolvidos no ato do cuidado.

Na atenção à saúde do usuário, o acolhimento coloca em cena o elemento fundante da integralidade que é o diálogo, dado que no estabelecimento de práticas integradas no cuidado em saúde ocorre a construção da corresponsabilização pela atenção às necessidades de saúde da população. Porém, o acolhimento deve ser compreendido como um dos mecanismos possíveis de articulação e construção da corresponsabilidade dos profissionais de saúde no cuidado à saúde dos usuários, mas não é isento de conflitos de poder, porque o ato de acolher o usuário humanizadamente, de realizar a escuta das necessidades de saúde trazidas por ele, não necessariamente produz um novo modo de atenção em saúde.

O assistente social precisa debater o significado da humanização com a equipe a fim de evitar compreensões distorcidas que levem a uma concepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e redução de tensão. A concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde-doença, as condições de trabalho e os modelos assistencial e de gestão. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p. 52).

Nesse sentido, o acolhimento deve ser considerado pelos profissionais de saúde como ferramenta para construção de práticas integradas cuja escuta e observação ativa devem ser exercitadas, assim como a discussão sobre a condução da atenção à saúde da população deve ser compartilhada entre os profissionais de saúde, para a apreensão dos determinantes sociais sobre o tratamento oncológico. Teixeira (2003) define que a mudança no modelo assistencial em saúde passa por alterações comunicacionais, pois compreende que a conversa é o elemento significativo da integralidade por colocar em prática mudanças na relação de poder entre profissional e usuário, por entender que no encontro desses sujeitos ocorre a construção do diálogo com vistas à apreensão das

particularidades determinantes do processo saúde-doença, marcadas pela investigação, pela elaboração e negociação das necessidades que podem ser satisfeitas.

Considerações finais

A literatura aponta que a integralidade na atenção em saúde é uma diretriz para a organização de práticas e serviços de saúde presente nas legislações de saúde e na Constituição Federal.

Contudo, essa diretriz do SUS demonstra uma limitada implementação, visto que as condições sociopolítico-econômicas não favoreceram o fortalecimento do sistema público de saúde ao desvincular recursos destinados ao setor, diminuindo o repasse de financiamento, bem como ao privilegiar ações pontuais e focalizadas na atenção à saúde da população em situação de vulnerabilidade social, ou seja, a fragmentação da ação estatal no campo social reflete nas condições para garantia da universalização do acesso à saúde como direito social e na consolidação da cidadania da população.

Observa-se que a articulação dos níveis de atenção em saúde, através do mecanismo de referência e contrarreferência, apresenta limites burocráticos que dificultam o acesso aos serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade e as práticas de cuidado à saúde dos usuários no SUS apresentam modelos assistenciais compartimentalizados, fragmentados. Por outro lado, alguns mecanismos de reorganização das práticas de cuidado em saúde adotados nos últimos anos suscitam o debate sobre a integralidade e a incorporação do diálogo entre diferentes especialidades no cotidiano das instituições de saúde, possibilitando o exercício da corresponsabilização pelo cuidado à saúde dos usuários.

A integralidade na atenção à saúde ginecológica em oncologia cria condições para a efetivação da continuidade e adesão ao tratamento especializado, tendo em vista que a garantia do direito à saúde das usuárias com câncer do colo do útero passa pelo acesso ao tratamento, mas também pela materialização de condições de acesso aos bens e serviços sociais. Pois, os profissionais de saúde devem valorizar os impactos que o câncer causa à paciente e sua família que terão alterações definitivas ou temporárias nas condições de vida e trabalho.

Em se tratando de ginecologia oncológica, a atenção à saúde dos usuários compreende práticas integradas de cuidado. As diversas expressões da questão social atravessam o tratamento de câncer do colo do útero e requerem da equipe multiprofissional, em especial do assistente social, a apreensão da realidade social à qual o paciente está submetido, uma vez que a observação e a escuta ativas dos determinantes sociais que conformam o modo de viver-adoecer desses usuários criam possibilidades de estratégias de atendimento às necessidades de saúde que demandam.

Nesse sentido, a integralidade na atenção ginecológica em oncologia é elemento fundamental para a garantia do direito à saúde e para a consolidação da cidadania das

usuárias, na medida em que, ao redefinir práticas de atenção em saúde, revê as relações de poder estabelecidas entre profissionais e usuário, entre os próprios profissionais e estabelece a corresponsabilização entre profissionais no cuidado à saúde do usuário e na mediação do acesso da população às políticas públicas estatais.

Referências

BARSTED, L. L. De igualdades e de diferenças: falando sobre mulheres. In.: RIBEIRO, I.; RIBEIRO, A. C. T. (Orgs.). *Família em processos contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira*. São Paulo: Loyola, 1995. p. 151-159.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: título VIII da ordem social. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 218/97: regulamenta as profissões de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. *Lei nº 8.080/90: dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.

_____. *Oficina nacional humanizaSUS: construindo a política nacional de humanização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. 1ª ed. 2ª reimpressão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

_____. *Política nacional de atenção oncológica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. *HumanizaSUS: Política nacional de humanização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Série B (Textos básicos de saúde).

_____. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher – plano de ação 2004-2007*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

_____. *Pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006, vol. 1.

_____. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. 3. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

CARVALHO, C. da S. U. de. A necessária atenção à família do paciente oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 54, 2008.

_____. *Pobreza e câncer do colo do útero*: estudo sobre as condições de vida de mulheres com câncer do colo do útero avançado em tratamento no Hospital do Câncer II – Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2004. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

_____. SILVA, L. B. da. Reflexões sobre a prática profissional do Serviço Social: o cotidiano do Hospital do Câncer II – INCA/MS. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 10., 2001, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

CAVALCANTI, L. F.; ZUCCO, L. P. Política de saúde e serviço social. In: SOARES, I. R.; CAVALCANTI, L. F. (Orgs.). *Serviço Social e Políticas Sociais*. 3. ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009, v. 1, p. 67-82.

CECÍLIO, L. C. De O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: [S. n.], 2001. p. 113-126.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Assistente Social: ética e direitos – coletânea de leis e resoluções*. 5. ed. Revista e atualizada até junho/2008. Rio de Janeiro: [S. n.], 2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). *Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde*. Brasília, 2010.

_____. *Resolução nº 383/99: Define o assistente social como profissional de saúde*. Brasília, 1999.

COSTA, M. D. H. da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In.: MOTA, A. E. (Orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*, São Paulo: [S. n.] 2008. p. 304-351.

GOUVEIA, T. E; OLIVEIRA, L. V. A questão de gênero nas relações familiares: um olhar sobre a mulher. *Superando desafios*, Rio de Janeiro, v.1, n.6, p. 117-125, 2007.

IAMAMOTO, M. V.. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). *Estimativa 2010* [on line]. INCA, 2010. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2010.

_____. *HPV e Câncer – perguntas e respostas mais frequentes* [on line]. INCA, 2014. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=2687>. Acesso em: 10 nov. 2014.

_____. Informativo - Detecção Precoce, n.1, jan., fev., mar., 2010.

MACHADO, K. Experiências inovadoras no ensino da saúde. *Radis: comunicação em saúde*, Rio de Janeiro, RJ, n. 49, p. 10-15, 2006.

_____. et al. A saúde em construção. *Radis: comunicação em saúde*, Rio de Janeiro, RJ, n. 72, p. 11-30, 2008.

_____. Vinte anos de regulamentação do SUS. *Radis: comunicação em saúde*, Rio de Janeiro, RJ, n. 95, p. 20-21, 2010.

MACHADO, F. R. DE S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. As novas formas de

cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2006. p. 57-74.

MATTOS, R. A.. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: [S.n.], 2001.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In.: MOTA, A. E. (Orgs.). *Serviço Social e Saúde – formação e trabalho profissional*. São Paulo: [S. n.], 2008. p. 218-241.

MOTA, A. E. Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: MOTA, A. E. (Orgs.). *Serviço Social e Saúde – formação e trabalho profissional*. São Paulo: [S. n.], 2008. p. 40 – 48.

NOGUEIRA, A. C. *Serviço Social e sua interface na Saúde: alguns aspectos da implementação da política nacional de humanização no HCII*. Rio de Janeiro. 2007. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) – Serviço em Oncologia, INCA, Rio de Janeiro, 2007.

_____; SILVA, L. B. da. Saúde, gênero e Serviço Social: contribuições sobre o câncer e saúde da mulher. *Revista Vértices*, Campos dos Goytacazes, RJ, v.11, n. 1-3, p. 8-17, 2009.

SANTOS, W. G. dos. Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979. 138 p. RESENHAS. *Perspectivas*, São Paulo, v.3, p. 165-168, 1980.

SILVA, V. N. da. *Sexualidade e as políticas de atenção à saúde da mulher*. Rio de Janeiro. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SPOSATI, A. Mínimos sociais e seguridade social: uma revolução da consciência da cidadania. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 55, p. 9-38, 1997.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003. p. 89-111.

VELOSO, R. Gênero e Serviço Social: um diagnóstico necessário. *Superando desafios*, Rio de Janeiro, v.1, n. 6, p. 9-19, 2007.

VIDAL, D. L. da C. Demanda reprimida: acesso aos serviços de saúde e serviço social. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 94, p. 132-153, 2008.

WANDERLEY, M. B. Refletindo sobre a noção de exclusão. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 55, p. 74-83, 1997.

Artigo recebido em: 9 abr. 2014

Aceito para publicação em: 18 dez. 2014