

A Saúde do Homem em questão: um estudo sobre as repercussões sociais decorrentes do adoecimento por câncer de próstata

Health of Man in question: a study about the effects of social illness arising in prostate cancer

RESUMO

O presente estudo versa sobre a saúde do homem, tendo como ênfase o adoecimento por câncer de próstata e as repercussões sociais decorrentes deste adoecimento. É fruto de uma pesquisa qualitativa de abordagem exploratória com dez usuários acometidos por câncer de próstata internados na Clínica de Urologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), no período de julho a agosto de 2015. Tem-se como resultados desta pesquisa, as repercussões no trabalho, conseqüentemente na renda, e nas famílias dos usuários, sendo estas as principais responsáveis pelo suporte e cuidados dos seus entes. A partir das falas dos entrevistados o estudo permitiu identificar e refletir acerca das dificuldades enfrentadas pelos usuários acerca do diagnóstico e acesso ao tratamento oncológico do câncer de próstata, a ausência de intersetorialidade entre as políticas sociais e a retração do Estado na garantia dos direitos sociais.

Palavras-chave: Saúde do Homem. Neoplasia Maligna. Próstata. Serviço Social.

ABSTRACT

This study deals with men's health, emphasizing prostate cancer illness and its social repercussions due to this illness. It is the result of a qualitative research with a exploratory approach on ten in-patients with prostate cancer at the Urology Clinic of the Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, - INCA - (National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva), – from July to August of 2015. The results of this research are the repercussions on labor and, as a result, on the income and on the patient's families, who represent the main support and care for these patients. The interviewees' statements permitted the study to identify and reflect on the difficulties that patients face for the diagnosis and access to oncological prostate cancer treatment, and it also identified the lack of intersectoriality between social policies and the state retraction in ensuring social rights.

Keywords: Men's Health. Cancer Malignancy. Prostate. Social Work.

Introdução

Nos vinte anos de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)¹ em nosso país, o Ministério da Saúde (MS) apresentou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)², a fim de priorizar a saúde da população masculina³ adulta, reconhecendo-a como um problema de saúde pública (BRASIL, 2008).

No tocante ao acesso desta população ao sistema de saúde, a PNAISH destaca que esse se dá através da atenção especializada (média e alta complexidade), não tendo, deste modo, um acompanhamento na atenção básica⁴, primordial para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Observa-se ainda que os tratamentos crônicos são os que os homens menos realizam, visto a necessidade de modificações em sua rotina de vida (BRASIL, 2008).

A inserção no Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia na área de Serviço Social do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)⁵, mais especificamente na Clínica de Urologia⁶, possibilitou a identificação de que grande parte dos usuários matriculados nesta clínica possui câncer de próstata, sendo esse o mais incidente na população masculina, desconsiderando o de pele não melanona (INCA, 2015a).

Os atendimentos prestados possibilitaram a identificação de alguns impactos decorrentes deste adoecimento. Entre as repercussões existentes, destacam-se as relacionadas aos aspectos sociais, que implicam mudanças no cotidiano de vida, impactando na maioria das vezes não apenas os acometidos pela enfermidade, mas também seus familiares.

Nesta direção, o presente estudo busca apresentar as repercussões sociais decorrentes do adoecimento por câncer de próstata na vida dos usuários internados na Clínica de Urologia do Hospital do Câncer I (HCI). Assim, discute-se acerca da saúde

¹ Fruto da Reforma Sanitária, o SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8.080 de 1990, e pela Lei Complementar, nº 8.142 de 1990, sendo considerado, no plano legal, um dos avanços no tocante à proteção social brasileira (ALCANTARA; VIEIRA, 2013).

² A PNAISH objetiva “[...] promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que [...] possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população” (BRASIL, 2008, p. 03).

³ População masculina aqui referida a partir do sexo masculino. Sexo é uma categoria biológica, que se difere de gênero, visto que “[...] a construção do gênero [...] dá-se ao longo de toda a vida, continuamente, infindavelmente” (LORO, 2008, p.18).

⁴ “[...] Engloba um conjunto de ações [...] que envolvem a promoção da Saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes.[...]” (BRASIL, 2009, p. 35-36). A atenção básica possui como papel realizar encaminhamentos dos usuários para os demais níveis de atenção: média (utiliza recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico) e alta complexidade (envolve alta tecnologia e alto custo) (BRASIL, 2009).

⁵ O INCA é um Centro de Referência de Alta Complexidade que possui o importante papel de prevenção, controle e tratamento do câncer em nosso país (INCA, 2016). O Hospital do Câncer I, localizado no centro do Rio de Janeiro, é considerado a maior unidade assistencial do INCA e presta tratamento a diversificados tipos de câncer.

⁶ A Urologia é uma das cinco áreas especializadas em que estão concentradas tanto as enfermidades quanto os agravos da população adulta em questão (BRASIL, 2008).

do homem, a partir da PNAISH, tendo como ênfase o adoecimento por câncer de próstata, tema pouco abordado pela categoria profissional.

Importa ressaltar que a temática Saúde do Homem não se resume “ao câncer de próstata”, porém optou-se pelo recorte nesta tipologia de câncer, visto a realização de uma pesquisa qualitativa⁷ no HC I. Neste sentido, este estudo apresenta sua relevância para atuação dos profissionais que atuam a partir do conceito ampliado de saúde⁸, especificamente na oncologia.

Material e método

Este artigo é fruto de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, desenvolvida após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA⁹.

Em busca de alcançar o objetivo proposto, no primeiro momento foi realizado um levantamento bibliográfico sobre política de saúde, saúde do homem, neoplasia da próstata e Serviço Social. Posteriormente, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dez usuários com câncer de próstata internados na enfermaria de Urologia do HC I, no período de julho a agosto de 2015, que desejaram participar de forma voluntária¹⁰, sendo necessária a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme aponta a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

De modo a garantir a privacidade dos usuários, as entrevistas foram realizadas na sala de atendimento individual do Serviço Social que se localiza no mesmo andar da enfermaria de Urologia. Elas foram transcritas na íntegra, seguidas pela leitura e exploração desse material, o que possibilitou a identificação de categorias temáticas.

Posteriormente, o conteúdo obtido foi analisado via problematizações de estudos sobre a saúde do homem, a oncologia, mais precisamente no tocante ao câncer de próstata, Serviço Social, bem como reflexões à luz da teoria marxista, pois a mesma possibilita ter uma visão da totalidade histórica e das contradições da realidade¹¹.

A fim de assegurar o anonimato dos participantes da pesquisa, eles serão identificados com a abreviatura E (entrevistado) seguida de numeração arábica, conforme a ordem da realização das entrevistas.

Resultados e discussão

Caracterização dos participantes da pesquisa

⁷ Segundo Minayo (2012), a pesquisa qualitativa possui três etapas: fase exploratória; trabalho de campo e análise e tratamento do material empírico e documental. Importa destacar que a pesquisa é considerada um exercício investigativo que possibilita o aprimoramento, leia-se, qualificação profissional, no qual esta está de acordo com um dos princípios fundamentais do Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais de 1993. Assim, a investigação realizada por um profissional de Serviço Social “[...] está em geral orientada para subsidiar uma intervenção bastante determinada” (NETTO, 2009, p. 20).

⁸ Conceito elaborado em 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde. Este conceito engloba como determinantes e condicionantes da saúde, a moradia, a alimentação, o meio ambiente, a educação, o transporte, o lazer, entre outros (BRASIL, 1990).

⁹ Sob o número CAAE 43888315.1.0000.5274.

¹⁰ Como critério de exclusão não foram convidados a participar da pesquisa os usuários que estavam restritos ao leito por motivo cirúrgico e de avanço da doença.

¹¹ Foi utilizado no presente estudo, o referencial teórico crítico-dialético. Para maiores informações ver : Netto (2009).

Os participantes da pesquisa tinham idade entre 47 a 70 anos, do gênero masculino, sendo em sua maioria idosos¹², dois se autodeclararam pretos, cinco pardos e três brancos¹³. Em relação ao estado civil, cinco eram casados, dois solteiros, dois divorciados e um viúvo. No que diz respeito à situação previdenciária, seis relataram estar aposentados, dois encontram-se recebendo o benefício auxílio-doença, e dois não possuem vínculo previdenciário. As profissões/ocupações declaradas foram: bancário, cabeleireiro, motorista, comerciante, ourives, maítre, auxiliar administrativo, pintor de obras, economista e policial militar. Os entrevistados majoritariamente informaram residir com seus familiares, sendo estes esposa e filhos, na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro (São Gonçalo, Nova Iguaçu, Nilópolis e Rio de Janeiro).

Apenas um entrevistado tinha nível superior, um com ensino superior incompleto, cinco concluíram o ensino médio, dois concluíram o ensino fundamental e apenas um relatou ensino fundamental incompleto.

É importante destacar, neste momento, a relação do câncer de próstata com o envelhecimento da população masculina, visto que este tipo de câncer possui como fatores de risco a idade - maioria dos homens diagnosticados no mundo são idosos, possuem sessenta e cinco anos ou mais-, história familiar, etnia, entre outros (INCA, 2015a)¹⁴. O resultado da pesquisa no que diz respeito à idade dos participantes corrobora com a informação¹⁵.

O envelhecimento populacional em nosso país é decorrente tanto da queda de fecundidade quanto da queda de mortalidade de todas as idades (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015). Nesta direção,

o segmento populacional que mais aumenta na população brasileira é o de idosos, com taxas de crescimento de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. A população com 60 anos ou mais de idade passa de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. Espera-se, para os próximos 10 anos, um incremento médio de mais de 1,0 milhão de idosos anualmente (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015, p.146).

Ao realizar uma comparação do processo de envelhecimento do nosso país com os dos países desenvolvidos percebe-se que no Brasil existe uma concentração na faixa etária de 60 a 69 anos de idosos tanto do sexo masculino quanto do sexo feminino. Já nos países desenvolvidos a concentração é de 80 anos ou mais¹⁶ (SOUSA; SILVER,

¹² Consideram-se idosas as pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos (BRASIL, 2003).

¹³ Autodeclaração de acordo com a classificação da população por cor utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. De acordo com o IBGE, as pessoas que se autodeclararam pardas ou pretas são consideradas negras (IBGE, 2011).

¹⁴ Cabe destacar que a mortalidade desta tipologia de câncer pode ser evitada se diagnosticada e tratada com precocidade (INCA, 2015a).

¹⁵ Silva (2012) destaca que o envelhecimento populacional é importante para entender o aumento do número de casos de câncer, porém é insuficiente para uma análise ampliada dos condicionantes que levam ao adoecimento. Sendo assim, é necessário considerar outras questões como as condições de vida da população, por exemplo.

¹⁶ Atualmente existe uma “feminilização da velhice”, ou seja, a maioria dos idosos, em todas as regiões do mundo, pertence ao sexo feminino, visto que as mulheres vivem em média de cinco a sete anos a mais que os homens. Porém, é primordial considerar que o fato de que a população feminina vive mais do que a masculina, não significa que vive de forma melhor. De acordo com Nicodemo e Godoi (2010), as

2008 apud ALMEIDA et.al, 2015).

Outro aspecto que merece destaque, refere-se, conforme fora mencionado, ao fato dos usuários, majoritariamente, se autodeclararam negros. Assim,

[...] para uma análise adequada das condições sociais e da saúde da população negra, é preciso ainda considerar a grave e insistente questão do racismo no Brasil, persistente mesmo após uma série de conquistas institucionais, devido ao seu elevado grau de entranhamento na cultura brasileira (BRASIL, 2007, p. 29).

Nesta direção, conforme fora mencionado, é importante que sejam consideradas as condições de vida¹⁷ e o acesso aos serviços de saúde para realizar uma análise de forma ampliada dos condicionantes que levam ao adoecimento por câncer e as possibilidades de efetivação do tratamento (SILVA, 2012).

O diagnóstico e o acesso ao tratamento do câncer de próstata

O INCA integra a rede de alta complexidade. Assim, para o acompanhamento inicial neste instituto, faz-se necessário o encaminhamento específico do usuário, realizado na atenção básica e/ou de média complexidade, e a confirmação da necessidade do tratamento oncológico realizada no setor da triagem¹⁸.

Segundo a PNAISH (BRASIL, 2008)¹⁹, o acesso da população masculina ao sistema de saúde ocorre através da atenção especializada (média e alta complexidade), não tendo, deste modo, um acompanhamento na atenção básica, o que é de grande importância para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Destaca-se, ainda que os tratamentos crônicos são os que homens menos realizam, visto a necessidade de modificações em sua rotina de vida.

No tocante ao câncer de próstata, o mais incidente na população masculina, desconsiderando o de pele não melanoma, estimam-se 61.200 novos casos no Brasil, para o biênio 2016-2017. O aumento da expectativa de vida é um dos motivos da maior incidência desta neoplasia maligna em nosso país. (INCA, 2015a).

Em relação à mortalidade, no Brasil, o câncer de próstata é a segunda causa de morte por câncer na população pertencente ao sexo masculino. Ao realizar uma análise considerando diferentes grupos etários, percebe-se que cerca de 90% dos óbitos pela doença ocorreram em homens com mais de 65 anos, enquanto que entre jovens e adultos com idades entre 20 e 59 anos representou o 13º tipo de câncer de maior mortalidade, sendo em idosos o primeiro (INCA, 2015b).

mulheres possuem algumas desvantagens em relação aos homens, como a baixa escolaridade, a violência, os salários inferiores, a discriminação, entre outros.

¹⁷ Cabe destacar que os sujeitos da pesquisa pertencem à classe trabalhadora. Portanto, “o sentido de condições de vida para um trabalhador brasileiro abarca um conjunto de situações de exploração e usurpação de direitos” (SILVA, 2012, p. 181).

¹⁸ No que se refere à este tipo de assistência, verifica-se que a primeira avaliação dos usuários, desde 5 de agosto de 2013, passou a ser realizada em seis serviços nos hospitais do INCA através do Sistema de Regulação do Município do Rio de Janeiro (SISREG): Neurocirurgia; Cirurgia Torácica; Cirurgia Geral - Oncologia; Urologia; Cirurgia de Cabeça e Pescoço; e Ginecologia Oncológica. O Sistema gerencia as vagas disponíveis, definindo onde será feito o atendimento de acordo com critérios como a proximidade da residência do usuário e a complexidade do caso (INCA, 2013).

¹⁹ A PNAISH possui como recorte etário a faixa de 25 a 59 anos, o que não significa restringir a população alvo desta política (BRASIL, 2008).

Neste ínterim, foi primordial identificar através da pesquisa realizada, o momento do diagnóstico do câncer de próstata, enfatizando assim como ocorre o acesso dos homens na atenção básica, bem como o acesso ao tratamento oncológico²⁰.

A partir dos resultados obtidos percebe-se que os homens possuem pouco acesso à atenção básica, o que está de acordo com a análise apresentada na PNAISH (BRASIL, 2008). Segundo esta política, o pouco acesso desta população ao sistema de saúde ocorre devido às barreiras institucionais e socioculturais, estando estas últimas relacionadas aos

[...] estereótipos de gênero, enraizados há séculos na cultura patriarcal, [que] potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino (KEIJER, et.al, 2003 apud BRASIL, 2008, p. 06).

No que diz respeito às barreiras institucionais, ou seja, oriundas das unidades de saúde, os participantes da pesquisa apontaram a dificuldade do acesso à atenção básica, devido à demora de marcação de consultas, realização de exames, entre outros. A fala abaixo aponta esta dificuldade que contribui para a descoberta da doença em estado avançado.

[...] lá demora assim uns quatro meses, seis meses pra você conseguir [...] uma consulta [...] (E6).

Tal fato é um dos motivos que levaram alguns usuários a procurarem o setor privado para a realização de consultas e alguns exames. A partir do diagnóstico confirmado, houve a necessidade de se direcionarem ao SUS para realizarem o tratamento oncológico, devido o alto custo do mesmo.

[...] Eu ainda tenho um exame pedido por este médico que descobriu o tumor em mim no SUS , [...] de quase dois anos para fazer uma biópsia [...], até hoje eu não fui chamado. Já estaria morto (tom da voz mais forte). Meu tumor já teria tomado conta [...], [do] meu organismo, a metástase, alguma coisa mais horrível (E2).

[...] - “Você tem que entrar no SISREG” [informação do INCA] aí pela Clínica da Família de lá da minha comunidade, entrei no SISREG, aí chegou a hora, aí eu fui na triagem aqui, já me deram um papelzinho para eu ir ao balcão diretamente, aí começaram a passar os exames para mim [...] (E8).

[...] Um dia eu fui urinar [e] não urinei mais. Aí me dirigi à uma casa de saúde particular [...] de Campo Grande, tomei uma sonda de alívio e procurei urologista particular. [...] Ele mandou eu fazer uma biópsia e esta biópsia constatou câncer próstata, me encaminhou para o SUS. [...] é, porque no particular esta operação me custaria 70 mil reais (E10).

Estas informações apontadas pelos usuários demonstram a reconfiguração da política de saúde que vem ocorrendo desde a década de 1990, devido o retrocesso dos direitos legalmente conquistados, vide a contrarreforma do Estado²¹ brasileiro,

²⁰ Os participantes da pesquisa foram diagnosticados com câncer no período de 2013 - 2015. Como as entrevistas foram realizadas com os usuários internados, o tratamento proposto naquele período foi o cirúrgico.

²¹ Estado entendido como um “[...] comitê que administra os negócios comuns da classe burguesa como um todo.” (MARX; ENGELS, 2008, p. 12). As “reformas” realizadas a partir do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), no governo de Fernando Henrique Cardoso em 1995,

decorrente do ingresso do ideário neoliberal em nosso país. Nesta direção, a política de saúde, foco do nosso estudo, vem sofrendo duros ataques. O SUS não vem se concretizando conforme consta no plano legal, visto a não efetivação da integralidade de assistência e da universalização de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, considerados uns dos seus princípios (BRASIL, 1990). Os usuários com câncer necessitam de um cuidado integral, sendo este composto pela “prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado” (BRASIL, 2013, p. 06).

Nesta perspectiva, percebemos que embora a Constituição Federal de 1988 possibilite a participação da iniciativa privada no SUS em caráter complementar, a política de saúde vem adquirindo um caráter mercadológico. Deste modo,

[...] o preceito constitucional da saúde como direito é ferido, ao ser substituído por uma abordagem da saúde como mercadoria a ser mais amplamente consumida, especialmente para as chamadas classes C e D, para impulsionar o atual modelo de desenvolvimento (BRAVO; MENEZES, 2013, p. 38).

O estudo realizado por Pereira e Rangel (2014) destaca que alguns usuários possuem plano de saúde com cobertura restrita apenas a exames básicos e consultas, e também estes planos são associados à determinadas clínicas que possuem a cobertura. Destarte, quando existe a necessidade de tratamento realizado na alta complexidade, os usuários são encaminhados para o SUS e, após o diagnóstico, passam a aguardar na rede pública para realização de novos exames e procedimentos²². Assim, sofrem grandes consequências, pois a dificuldade de acesso à rede pública, além de deixá-los cansados devido ao deslocamento à diferentes unidades de saúde, o que Pereira e Rangel (2014) caracterizam como peregrinação, contribui para diagnósticos tardios.

Na área oncológica, no que se diz respeito ao diagnóstico precoce em nosso país, Silva (2012, p.110) destaca que

[...] no Brasil [...] a luta é ainda pela garantia das mínimas condições para o diagnóstico precoce de cânceres com potencial de tratamento e cura em estádios iniciais e pela universalização efetiva - universalidade acompanhada de equidade e integralidade - desses tratamentos e incorporação de tecnologias acessíveis ao conjunto da população.

Conforme fora apontado, os usuários entrevistados são em sua maioria idosos. Neste sentido, a dificuldade de acesso também demonstra a não efetivação das políticas de proteção social destinadas aos idosos, bem como a não articulação entre as mesmas,

denominadas aqui, de contrarreforma, devido o retrocesso das conquistas sociais em prol dos cidadãos brasileiros, continuaram nos governos posteriores (BRAVO; MENEZES, 2013).

²² Percebe-se que os usuários, apesar de terem o direito à saúde legalmente conquistado, recorrem a rede privada de saúde, o que faz com que tenham gastos extras, visto a não concretização plena do SUS. Além disso, cabe destacar que existe “[...] uma naturalização do setor privado, bem com da presença deste no SUS”. Assim, a saúde é considerada, prioritariamente, como uma mercadoria, e não como uma necessidade humana, não sendo tratada como um dever do Estado (MATOS, 2014, p. 31).

a saber a Política Nacional do Idoso de 1994, o Estatuto do Idoso de 2003 e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de 2006.²³

Em relação às barreiras socioculturais, alguns usuários relataram ir ao médico apenas quando possuem sintomas; de serem os provedores da família e portanto assim priorizam o trabalho, bem como, no que diz respeito à masculinidade²⁴.

[...] Sinceramente, eu descobri isso aí, sem saber. O meu problema todinho é que eu vinha com muita dor no corpo,[...], aí eu procurei o ortopedista [...]. Depois que “tava” sentindo que não “tava” melhor, foi aonde que fiz este exame lá no médico lá [...] Comecei a emagrecer, emagrecer mais ou menos uns 10 kg. Foi aonde eu comecei a correr atrás para vim para cá para o INCA (E3).

[...] Nunca tive...não sei...de mim mesmo...o homem geralmente é mais descansado, a mulher se preocupa mais. [...] Geralmente o homem não se preocupa muito não com a saúde não, só quer saber de trabalhar. [...] (E4).

É importante mencionar que os homens que realizavam os exames referentes ao câncer de próstata anualmente²⁵ majoritariamente tinham acesso aos serviços de saúde privados devido ao trabalho (plano de saúde, sindicato) e também por terem caso de câncer na família, o que de certo modo contribuiu para que pudessem estar mais atentos à saúde. Porém, ficou perceptível que alguns associavam os cuidados com a saúde somente ao câncer de próstata.

Eu sempre fiz preventivo todo ano, mas ano passado meu PSA²⁶ deu alto, o médico me aconselhou a fazer uma biópsia e foi constatada a doença. Ai eu [...] comecei desde maio, porque quando eu trabalhava na construção civil, o nosso sindicato lá tinha direito a [...] médico particular, e foi lá que foi detectado. Aí comecei o calvário andando atrás de tratamento, com esta biópsia constatou o câncer de próstata (E8).

A forma como os serviços de saúde públicos são organizados não contribui para que os homens tenham maior acesso aos mesmos. Assim, estes serviços são considerados

[...] pouco aptos em absorver a demanda apresentada pelos homens, pois sua organização não estimula o acesso e as próprias campanhas de saúde não se voltam para este segmento (Gomes; Nascimento; Araújo, 2007, p. 571).

Tendo em vista esta organização dos serviços de saúde, em sua maioria, as

²³O SUS deverá assegurar a atenção integral à saúde do idoso, incluindo a atenção especial às doenças que afetam de preferência os idosos (BRASIL, 2003).

²⁴Gomes (2010, p.18) refere que a masculinidade “[...] é um conjunto de características, valores e condutas que se espera que um homem tenha numa determinada cultura. Isso muda de grupo para grupo dentro de uma mesma sociedade, a ponto de haver masculinidades e não apenas uma masculinidade”.

²⁵ Existe um grande debate acerca à implantação dos programas de rastreamento do câncer de próstata. Assim, destaca-se a importância do acesso desta população masculina na atenção básica, visto que a capacitação dos profissionais; organização da assistência; esclarecimento à população; agilidade na confirmação diagnóstica e no tratamento dos casos são alternativas para o controle desta neoplasia maligna (INCA, 2014). Para que isso ocorra é fundamental que o SUS 100% seja público e de qualidade.

²⁶ O Antígeno Prostático Específico (PSA) “[...] é uma proteína produzida pela próstata, responsável pela liquefação do sêmen [...]. Doenças benignas e tumores malignos da próstata podem provocar o aumento desta proteína no sangue” (INCA, 2014, p. 3).

mulheres ocupam mais estes espaços, pois historicamente essas sempre foram as principais responsáveis pelos cuidados. Cuidados estes, que também são prestados aos membros da família. Nesse sentido, o espaço privado, leia-se âmbito domiciliar, foi destinado, às mulheres, e o espaço público, aos homens²⁷. Porém, cabe enfatizar que todos os usuários enfrentam dificuldades para ter acesso ao SUS, visto ao sucateamento da saúde. Deste modo, é primordial que o Estado cumpra o seu papel, ao invés de culpabilizar os usuários, a família e/ou rede de suporte dos mesmos.

Importa ressaltar que é um desafio fazer com que a PNAISH atenda a todos os homens brasileiros. Assim, observa-se que

[...] olhar para o comportamento dos homens em relação a sua saúde é também compreender que durante muito tempo eles ficaram à margem de Políticas assistenciais específicas o que contribui para obstaculizar o acesso dos homens ao serviço de saúde. Percebemos que uma via de mão dupla é importante para que ocorra uma mudança no comportamento dos homens com a sua saúde, pois não apenas os homens devem olhar para si, mas é necessária também uma mudança no atendimento dos (as) profissionais de saúde, que devem saber acolher as demandas masculinas e não restringi-las apenas como a um foco sexual e reprodutivo²⁸ (EID; KOHN; MOTTA, 2012, p 77).

Diante do exposto, é necessário que haja uma maior organização dos serviços de saúde públicos para que estes atendam as demandas apresentadas pelos homens. A reconfiguração das políticas sociais, dentre elas, a saúde, dificulta o acesso dos mesmos. Para os que possuem plano de saúde, devido à sua inserção no mercado de trabalho formal, é possível acessar os serviços de saúde privados. Este acesso é realizado até um dado momento, visto que ao ser diagnosticado com o câncer, os mesmos recorrem aos serviços de saúde públicos, devido o alto custo, e possivelmente a não cobertura do plano para o tratamento proposto.

O acesso na atenção básica possibilitará que os usuários tenham maiores informações sobre a prevenção de doenças. No tocante à neoplasia maligna, poucos usuários apresentaram conhecimento sobre a mesma. Alguns relataram que buscaram informações sobre a doença apenas a partir do adoecimento. Os que demonstraram que tinham algum conhecimento relataram que após o adoecimento ocorreram mudanças sobre o entendimento e que pretendem disseminar as informações adquiridas para as suas redes de amigos.

[...] eu sabia muito menos do que sei hoje. Primeiro a gente acha que câncer é uma doença que não vai dar na gente como todas, não é? e depois [...] que vim para o hospital, vi que é uma doença muito disseminada, como todas as formas de doença... Eu comecei a ler sobre [...] (E2).

A gente sabe os comentários [...]. E a gente vê exemplos, cada tipo de câncer. [...] eu sei que tenho muita preocupação com pancada, com tombo [...] Tenho muita preocupação com isso, eu sei que muitos tipos de câncer são

²⁷ “O paradigma, da ‘naturalidade’ da divisão sexual do trabalho, impõe às mulheres a responsabilidade pelo espaço doméstico, com um ônus alto pelo conjunto das funções reprodutivas. Mesmo o aumento de sua participação no mercado de trabalho não levou a uma maior distribuição das tarefas domésticas entre os membros da família, e tampouco gerou, ainda uma ruptura total na estrutura patriarcal” (MELO, 2004, p.5).

²⁸ Ademais, acrescentamos que é importante que o Estado garanta uma política de saúde de qualidade em prol dos trabalhadores do SUS, como a partir da garantia de condições dignas de trabalho.

derivados de pancada, de tombo[...]. Então, eu sempre tive sim [conhecimento] (E8).

Cabe destacar que alguns usuários também buscaram ter informações sobre os impactos do adoecimento, mais precisamente do tratamento na sexualidade.

[...] eu fiquei preocupado também com a parte da impotência, né? Porque eu sou uma pessoa relativamente, vamos dizer assim, nova [...] e também como que ia ficar meu relacionamento posterior à isso. [...] Ele [médico] falou que não, acho que eu não vou ter problema de impotência, mas contudo eu vou ter que passar com um certo tratamentozinho. [...] ele falou que não vou ter problema nenhum, mas [...], eu comecei a pesquisar várias pessoas que tiveram a minha doença e eu “tô” mais direcionado hoje, consciente (E9).

Percebe-se que a busca pelo conhecimento no que diz respeito à neoplasia maligna da próstata também possui uma relação com a preocupação destes homens com a sexualidade, pois estes identificam a sua virilidade ameaçada.

As repercussões sociais decorrentes do adoecimento por câncer de próstata

O adoecimento por câncer pode causar impactos físicos, psicológicos e sociais (CARVALHO, 2008). O tratamento desta enfermidade é considerado complexo e altamente invasivo. Nesta direção, a seguir, serão problematizadas as repercussões sociais decorrentes do adoecimento por câncer de próstata, tendo como destaque os impactos no trabalho, concomitantemente na renda, e nas famílias dos usuários, sendo essas as principais repercussões identificadas a partir da análise realizada.

Trabalho, aposentadoria e renda

De acordo com a PNAISH (BRASIL, 2008), o trabalho tem lugar de destaque para os homens, principalmente quando esses são os provedores e responsáveis pelo sustento da sua família.

[...] eu tenho quase trinta anos trabalhando direto e ela [esposa] sempre falando: “- você tem que tirar umas férias, você tem que descansar, tem que parar”. Falei: “- não tem como parar”. O Salário do “INPS” é pouco, não dá, então tem que trabalhar por fora (E4).

O ínfimo valor das aposentadorias não supre as necessidades básicas, como alimentação, moradia, saúde e lazer²⁹, dos trabalhadores aposentados. (MUNIZ; BARROS, 2014). Em situação de agravo à saúde, como o adoecimento por câncer, a renda fica mais comprometida, em função muitas vezes do afastamento do trabalho, o que contribui para limitar ainda mais o acesso a bens e serviços.

Uma considerável parte dos idosos entrevistados permanece exercendo atividades laborativas. Em relação aos aposentados, a permanência no mercado de trabalho³⁰ pode ser explicada por dois motivos: o primeiro é devido à renda, que passa a

²⁹ Este é muito pouco usufruído pelos aposentados, devido à situação econômica dos mesmos (MUNIZ; BARROS, 2014).

³⁰ Categoria trabalho compreendida a partir do modo de produção capitalista, onde o lucro, força motriz deste modo de produção, é adquirido através da exploração do trabalhador (BRAZ; NETO, 2009). Classe trabalhadora entendida como os assalariados que vivem a partir da venda da sua força de trabalho, pois

ser considerada insuficiente, principalmente quando esses são os principais provedores da família, realidade da maioria dos participantes da pesquisa; e o segundo é no que diz respeito a uma maior permanência desses no âmbito domiciliar, espaço não identificado como pertencente aos mesmos, o que contribui para se sentirem improdutivos, visto a centralidade do trabalho na sociedade capitalista.

Nesta perspectiva, o processo de envelhecimento e aposentadoria ocasiona grandes impactos nos homens, visto que os mesmos se sentem incapazes por sua força de trabalho não ser mais considerada interessante para o mercado de trabalho (PASCHOAL, 2006 apud NOGUEIRA; ALCÂNTARA, 2014).

De acordo com Muniz e Barros (2014) o próprio sistema estigmatiza os trabalhadores idosos, considerando-os improdutivos, pois não conseguem vender sua força de trabalho da mesma forma de quando eram jovens, o que dificulta para que haja processo de acumulação na mesma intensidade.

Camarano (2001), por sua vez, destaca que a força de trabalho do idoso pode ser considerada lucrativa para o capital quando esse é inserido de forma precarizada no mercado de trabalho, visto que possivelmente trabalhará sem garantia de direitos trabalhistas. Assim, a inserção dos idosos no sistema produtivo é uma característica da realidade do Brasil, ou seja, mesmo depois de aposentados, os trabalhadores tem seu tempo de vida subordinado ao tempo de trabalho. A inserção desses ocorre geralmente “[...] no setor informal ou de subsistência, como autônomos, em atividades agropecuárias e comércio, realidade comum aos mais pobres. Estas fontes de renda, ainda que mínimas, permitem-lhes manter e chefiar suas famílias” (TEIXEIRA, 2009, p. 70).

No que se refere ao adoecimento por câncer, ocorrem mudanças no cotidiano de vida dos usuários, tais como alterações nas condições de inserção no mercado de trabalho com possibilidade de afastamento do mesmo. Nesta perspectiva, os usuários aposentados e que permanecem exercendo atividades laborativas sofrem com os impactos decorrentes do adoecimento por câncer de próstata. Os que estão inseridos no mercado de trabalho formal não possuem o direito de receber o auxílio-doença, devido à impossibilidade de acumular este benefício com o da aposentadoria, ambos da Previdência Social (BRASIL, 1991), e os que estão no mercado informal também não poderão contar com a renda complementar, visto a impossibilidade de manutenção destas atividades de trabalho pelo menos na mesma intensidade. Esses últimos relataram que após o tratamento, ou no decorrer do mesmo, irão se organizar para desenvolverem outras atividades, pois as que desempenhavam antes do adoecimento não serão mais possíveis.

A fala abaixo de um entrevistado que trabalha informalmente, idoso, não aposentado e que não possui vínculo previdenciário demonstra a necessidade da mudança do trabalho

Mas sendo que este tipo de trabalho que eu faço. Já não vou fazer mais isso. Vou fazer outro tipo de trabalho (E5).

A permanência das atividades laborativas durante o tratamento realizado também ocasiona alguns impactos, barreiras para o desenvolvimento das atividades realizadas. Além disso, ao estarem inseridos no mercado de trabalho durante o

não possuem os meios de produção. Estes se deparam com situações precárias de trabalho como a terceirização, o subemprego, entre outros (ALVES; ANTUNES, 2004).

tratamento, e assim ter contato com outras pessoas, percebe-se a existência do estigma do câncer em nossa sociedade.

[...] eu continuei trabalhando, eu tirei a sonda hoje, eu fiquei um ano de sonda, entendeu? Só que eu tenho que trabalhar, incomodava muito [...] E, uma coisa, como é que vou tentar te explicar, as pessoas “num” [...] absorvem. Quando você fala câncer, é sinal de morte, você “tá” pra morrer, tem um preconceito muito grande, eu sentia muito (E10).

No caso dos usuários que não eram idosos, verificou-se que os dois entrevistados, que tinham relação de trabalho formal, recebiam o benefício previdenciário de auxílio-doença. Há um impacto na renda do usuário durante o período relativo à este benefício, que se apresenta em valor inferior ao vencimento original advindo do trabalho³¹.

Cabe evidenciar a situação dos usuários que trabalham no mercado informal, não estando assim cobertos pela Previdência Social. Após o adoecimento e a impossibilidade de continuar exercendo as atividades laborativas acabam recorrendo à Política de Assistência Social em busca de conseguir acessar o direito do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Importa destacar que este benefício assegura um salário mínimo mensal ao idoso, com sessenta e cinco anos ou mais, e à pessoa com deficiência que comprovem não ter meios de prover a própria manutenção e também de não tê-la provida por sua família (BRASIL, 2007). Outrossim, a renda per capita familiar deverá ser inferior à 1/4 do salário mínimo. No que se refere a composição familiar e renda para fins de acesso à este benefício verifica-se que no caso de dois idosos solicitarem o BPC não há empecilhos para a sua concessão, uma vez que o valor do benefício não conta na renda (BRASIL, 2007).

Porém, a realidade de alguns usuários idosos que residem com algum beneficiário do BPC, sendo este uma pessoa com deficiência, se depara com a dificuldade para ter acesso ao mesmo benefício.

[...] estou correndo para “se” aposentar ainda. [...]. Eu não me aposentei por causa do meu garoto. Porque quando eu fui dar entrada, quando eu fiz 65 anos, [...] praticamente, quando eles bateram no computador que viram que eu tinha um garoto especial que recebe [...], eles queriam cortar o salarinho dele (E3)³².

Diante da realidade social, alguns entrevistados relataram contar com o apoio familiar, porém este mesmo apoio configura-se limitado conforme o relato a seguir.

A [...] família de vez em quando ajuda um pouquinho [...] financeiramente, mas eles também têm familiares, também [tem] gastos [...] (E3).

Outro aspecto no que se refere aos impactos na renda destes usuários é a necessidade de deslocamento recorrente para a unidade de tratamento e as demandas na cobertura de gastos com acompanhantes, fazendo com que os usuários cadastrem-se no Passe Livre Especial³³ e/ou no Programa Tratamento Fora de Domicílio (TFD)³⁴. Para

³¹ O benefício auxílio-doença corresponde a 91% do salário de contribuição (BRASIL, 1991).

³² Muitos idosos denominam o BPC como aposentadoria. Embora seja operacionalizado pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), o BPC é um benefício assistencial.

³³ Sobre Passe Livre ver o Decreto Lei nº 32.842 de 01 de Outubro de 2010, referente ao RioCard Especial, e a Lei Estadual nº 4.510, de 13 de Janeiro de 2005, referente ao Vale Social.

³⁴ Sobre os critérios de elegibilidade do Programa ver: Brasil (1999).

acesso ao Passe Livre Especial, por exemplo, os usuários se deparam com a burocracia na realização dos mesmos, tais como dificuldade em reunir todas as informações e/ou documentações necessárias, o que pode resultar na desistência e/ou adiamento do acesso ao direito social.

[...] eu fui ali no “Poupa Tempo”, pediram tanta coisa...tem que pedir ao médico quantos dias você vai lá, se você vai andar de trem ou de metrô. Ah! Deixa isso para lá. Deus proverá.. Aí, a gente mesmo que tem custeado a nossa passagem (E8).

A partir do exposto, é importante destacar, conforme Alcantara e Vieira (2013), que as ações e serviços de saúde não existem isoladamente, dependendo diretamente de intervenções profissionais em todos os níveis do sistema. O mesmo ocorre em relação à ausência de intersetorialidade entre as políticas públicas, que é demonstrada na falha articulação do tripé da Seguridade Social: saúde, previdência social e assistência social. Assim, após obter o acesso ao sistema de saúde, os usuários se deparam com obstáculos para a continuidade do tratamento, visto a dificuldade de efetivação e integração das demais políticas sociais³⁵.

As famílias dos usuários e os impactos do adoecimento por câncer de próstata

A pesquisa realizada possibilitou identificar que o adoecimento por câncer causa impactos nas famílias³⁶ dos usuários. Um dos impactos é a necessidade da reorganização familiar durante o tratamento por câncer de próstata durante o período de internação. Tal situação se acirra quando há necessidade de responsabilidade e cuidados por mais de um membro da família, conforme exemplifica a fala abaixo. Para que a esposa do usuário pudesse acompanhá-lo, foi preciso que outros familiares se reorganizassem para acompanhar o seu filho também dependentes de cuidados.

Quem “tá” com meu filho é o irmão dela [esposa], meu cunhado junto com a cunhada (Filho com necessidades especiais) (E3).

Outro aspecto apontado pelos usuários, é a necessidade do familiar se ausentar do trabalho para poder acompanhá-los durante o período de tratamento, pois não existe em nosso país uma Política Pública que garanta um cuidador ou que familiares acessem determinados direitos que contribuem para a prestação dos cuidados no âmbito domiciliar. Tal fato pode ocasionar a perda do emprego para os que são celetistas, visto que para os servidores públicos, existe a possibilidade de licença para acompanhar familiar.

Ela [filha] desconta depois [trabalho]. Ela consegue, mas nem sempre [...], às vezes fica difícil, porque quando é época [...] de campanha [...] ela não pode sair, como foi a campanha da vacina dos idosos [...] (E1).

³⁵ Sobre o debate acerca da Seguridade Social e a Intersetorialidade, ver: Monnerat e Souza (2011).

³⁶ Família é um “[...] conjunto de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consanguíneos” (MIOTO, 1997, p.120). Será aqui também compreendida, a partir dos laços familiares existentes para além do âmbito domiciliar (NOGUEIRA; MONTEIRO, 2013).

Foi a partir da década de 1990 que a família passou a ter maior responsabilidade no âmbito da proteção social brasileira, devido à reconfiguração das políticas sociais e o forte chamado da sociedade civil para a execução dos serviços sociais (PEREIRA, 2004 apud MIOTO, 2008)³⁷.

[...] Na atual conjuntura, em que mais do que nunca o Estado tende a se desobrigar da reprodução social, persiste a tendência de transferir quase que exclusivamente para a família responsabilidades que, em nome da solidariedade, da descentralização ou parceria, as sobrecarregam [...] (ALENCAR, 2010, p. 64).

Esta sobrecarga, majoritariamente, recai sobre as mulheres. Os usuários relataram que as responsáveis pelos cuidados dos mesmos durante o tratamento eram as esposas, filhas e irmãs, as quais realizavam outras funções, como o cuidado com os filhos e o domicílio, o compromisso com o trabalho formal, entre outros.

[...] ela [irmã] falou que sim, fica mais fácil pra ela, porque ela é casada [...] eu devo ficar na casa dela durante uma semana talvez, é pra ela fazer a parte de alimentos, essas coisas, eu não vou poder andar muito [...] (E9).

Ao mencionar sobre os idosos e seus cuidadores, Karsch (2003, p.863) traz dados importantes como uma considerável presença de idosos que cuidam de idosos e que “[...] as condições físicas desses cuidadores levaram a inferir que os cuidadores são doentes em potencial e que sua capacidade funcional está constantemente em risco”. Os resultados da pesquisa demonstraram que alguns familiares responsáveis pelos cuidados dos usuários, também são idosos. Além disso, um usuário idoso informou que junto com sua esposa contribuía com a prestação de cuidados de seus sogros e que esta contribuição ocorreu até um determinado momento do seu adoecimento por câncer. Informou ainda que a sua esposa, também idosa, estava sobrecarregada, devido aos cuidados prestados aos seus pais e posteriormente ao mesmo.

[...] Eu tenho uma sogra que é um bebê gigante, ela só fala e não anda e o meu sogro caiu doente também, ficou aquele alvoroço, eu que levo pra médico, eu que faço, fazia tudo, então, eu mesmo nem tive tempo nem de pensar na minha doença [...] (E1).

Reorganizar para minha esposa ficar também, ela tem 60 e poucos anos também, pra não ficar muito.. ela já ficou desgastada com o pai dela lá, 28 dias, negócio de hospital também. Então ela tá muito desgastada [...] (E1).

Percebe-se que o envelhecimento ocasiona dependência, sendo potencializado com o surgimento de uma doença crônica como o câncer. Deste modo,

[...] quanto mais avançada a doença, maior é o nível de dependência do paciente em relação à família, tornando se necessário identificar os cuidadores potenciais, sem perder de vista as dificuldades que serão enfrentadas pela família para dar esse suporte, isto é, compreender os desgastes físico e emocional que essa situação acarreta. Se o processo de adoecimento tem uma série de determinantes sociais relacionados às

³⁷ A proteção social em nosso país sempre teve um caráter familista. “O familismo, [...], está presente nos sistemas de proteção social em que a política pública considera – na verdade insiste – em que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade pelo estado de bem-estar de seus membros” (ESPING-ADERSEN, 1991, p. 05 apud MIOTO, 2008, p.135).

condições de vida, o enfrentamento à doença tem relação direta com os contextos socioeconômico e cultural em que vivem os pacientes e seus familiares (CARVALHO, 2008, p. 100).

Assim, é de suma importância que os profissionais de saúde avaliem a centralidade da família e a sua relação com o Estado (NOGUEIRA; MONTEIRO, 2013), pois tal fato contribuirá para que tenham clareza que nem sempre os familiares terão a possibilidade de prestar os cuidados ao membro da família adoecido. As práticas de revalorização da família baseadas na concepção de cunho conservador (ALENCAR, 2010), contribuem para que ocorra a culpabilização da família quando a mesma não consegue cumprir o papel de proteger os seus membros, delegado pelo Estado (MONTEIRO; NOGUEIRA, 2013).

A partir destas considerações, é primordial que o Estado cumpra o seu papel, sendo o principal responsável pela proteção social brasileira. É importante que as ações estatais sejam realizadas a partir do conhecimento de novos arranjos familiares (famílias homoafetivas, unipessoais, entre outras), para além das definições existentes em determinadas legislações³⁸, o que dificulta a universalização dos direitos sociais.

A título de conclusão

O debate acerca da saúde do homem, mais especificamente no campo da oncologia, bem como no tocante as repercussões sociais na vida dos usuários decorrentes do adoecimento por câncer de próstata, não se esgota com o referido estudo, o qual considera-se embrionário.

Os impactos do adoecimento por câncer ocorrem de diversificadas formas, pois dependem de fatores como a idade, o tipo do tumor, o tratamento a ser realizado e o contexto social no qual os usuários estão inseridos. Devido ao fato dos participantes da pesquisa, estarem majoritariamente em fase de tratamento inicial, aponta-se a possibilidade de surgimento ou intensificação de impactos sociais ao longo do tratamento. Percebe-se com o presente estudo que os impactos foram no trabalho, conseqüentemente na renda, principalmente daqueles que não estão inseridos no mercado de trabalho ou que estão inseridos informalmente, e nas famílias, sendo essas as principais responsáveis pelo suporte e cuidados dos seus entes.

A dificuldade do acesso na atenção básica e na realização de exames contribui para que hajam diagnósticos tardios, o que pode ocasionar, devido doença avançada, em maiores impactos decorrentes do adoecimento. Este obstáculo demonstra a situação da política de saúde do nosso país. A reconfiguração das políticas sociais, fruto da hegemonia neoliberal, impacta diretamente a população usuária dos serviços sociais, visto que os usuários adoecidos além de encontrarem dificuldades para terem acesso ao SUS, se deparam com as demais políticas consideradas focalizadas e fragmentadas. Percebe-se assim, uma redução da responsabilidade pública no tocante à garantia dos direitos sociais, sobretudo na área da saúde.

Mediante o exposto, constitui-se primordial que hajam estudos sobre a saúde do

³⁸ Como a definição estabelecida no artigo 226 da Carta Magna de 1988: “§ 3º - Para efeito de proteção do Estado, é reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento”. “§4º - Entende-se também, como entidade familiar, a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes” (BRASIL, 1988, p.131).

homem, pois eles contribuirão para que esta população tenha uma maior visibilidade, e que maiores ações estatais sejam destinadas à mesma.

Destaca-se a importância da existência de estudos e pesquisas desta temática realizados pela categoria profissional do Serviço Social que atua a partir dos atendimentos diretos aos usuários, na perspectiva de contribuição para uma melhor qualidade dos atendimentos prestados, visto que possibilitará uma visão diferenciada das demandas apresentadas pelos usuários.

Referências

ALCANTARA, L.S.; VIEIRA, J.M.W. Serviço Social e humanização na saúde: limites e possibilidades. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 334-448, jul. /dez. 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/14332/10744>>. Acesso em: 20.nov.2015.

ALENCAR, M.M.T. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito da família. In: SALES, M.A.; MATOS, M.C.; LEAL, M.C. (orgs). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

ALMEIDA, A.V.et al. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos e Contextos**, v 14,n.1, p. 115-131.Porto Alegre: jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/19830>>. Acesso em: 15.set.2015.

ALVES, G.; ANTUNES, R. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do Capital. **Educação e Sociedade**. Campinas, v. 25, n. 87, p.335-351, mai./ago. 2004. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0184.pdf>>. Acesso em: 02.jan.2016.

BORGES, G. M; CAMPOS, M. B. de; SILVA, L. G. de C. In: ERVATTI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. de P. (orgs). **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro, IBGE, 2015. p. 138-151. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>>. Acesso em: 02.nov.2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 21.out.2015.

BRASIL. **Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007**. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993 [...]. 2007. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 26.set.2007, seção 1, p.16. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2007/decreto-6214-26-setembro-2007-560259-norma-pe.html>>. Acesso em: 15.set.2015.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 15.set.2015.

BRASIL. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm>. Acesso em: 16.jan.2015.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 01 de Outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 29.nov.2015.

_____. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília, 2009 (Série F. Comunicação e educação em saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sus_screen.pdf>. Acesso em: 30.dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf>. Acesso em 30.dez.2015.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria SAS nº 055 de 24 de fevereiro de 1999**. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS. 1999. Disponível: <<http://www1.saude.ba.gov.br/regulasaude/2009/TFD%20arquivos%202009%20patty/Portaria%20SAS%20N%C2%BA%2055%20de%2024.02.1999.pdf>>. Acesso em: 17.jan.2016.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 10.nov.2015.

_____. **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). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.htm>. Acesso em: 18.out.2015.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. A política de saúde na atual Conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: SILVA, L.B.; RAMOS, A. (orgs). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. São Paulo: Papel Social, 2013. p. 19-47.

BRAZ, M.; NETTO, J. P. O modo de produção capitalista: a exploração do trabalho. **Economia Política: uma introdução crítica**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2009. (Biblioteca básica do Serviço Social, 1).

CAMARANO, A. A. O idoso brasileiro no mercado de trabalho. **IPEA- Instituto de Pesquisa Aplicada**, 2001. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0830.pdf>. Acesso em: 03 de janeiro de 2016.

CARVALHO, C. S. U. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v.54, n 1, p. 87-96, jan/mar. 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 29.set. 2015.

EID, P.; KOHN, C.; MOTTA, R. F. Política de saúde do homem: para além do que se vê. **Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**. v.12. n.2. p.70-78, ago/dez. 2012. Disponível em: <<http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/74/74>>. Acesso em: 11.dez.2015.

GOMES, R.A **saúde do homem em foco**. São Paulo: UNESP, 2010.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do; ARAÚJO, F. C. de. Por que os homens buscam menos o serviço de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23. n. 3, p. 565-574, março, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acesso em: 12. set. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Características étnico-raciais da população: um estudo de categorias de classificação de cor ou raça** 2008. Rio de Janeiro: 2011. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49891.pdf>>. Acesso em: 14.jan.2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 01.mar.2016.

_____. Departamento de atenção especializada e temática. Coordenação geral de atenção às pessoas com doenças crônicas. **Nota Técnica Conjunta**. Nº 001/2015b. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/9e6e07004a50eca8968bd6504e7bf539/Nota+T%C3%A9cnica+CAP+finalizada.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=9e6e07004a50eca8968bd6504e7bf539>>. Acesso em: 02.nov.2015.

_____. **Informativo detecção precoce nº 02.** Monitoramento das ações de controle do câncer de próstata. 2014. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Informativo_Deteccao_Prececo_2_agosto_2014.pdf>. Acesso em: 02.nov.2015.

_____. **Novas regras para primeira avaliação em seis serviços no INCA.** 2013. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/novas_regras_para_primeira_avaliacao_inca>. Acesso em: 13.jan.2016.

_____. **Sobre o instituto.** C. 2016. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/sobreinca/site/oinstitutu>>. Acesso em: 14.jan.2016.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3. p. 861-866. maio/junho, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2003000300019&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23.dez.2015.

LORO, G. L. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. **Pro –Posições.** v. 19, n. 2, p.17-23, maio/ago, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pp/v19n2/a03v19n2.pdf>>. Acesso em: 22.dez.2015.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto do partido comunista.** 1.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MATOS, M.C. No rastro dos acontecimentos: política de saúde no Brasil. In: DUARTE, J.O., et al. **Política de saúde hoje: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais.** Campinas, São Paulo: Papel Social, 2014. p. 27-46.

MELO, H. P. **Gênero e pobreza no Brasil.** Brasília: CEPAL/SPM, 2004. Disponível: <http://www.spm.gov.br/arquivos-diversos/arquivos/integra_genero_pobreza>. Acesso em: 18.jan.2016.

MINAYO, M. C. S. O Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (orgs). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 3.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MIOTO, R.C.T. **Família e Serviço Social:** contribuições para o debate. Revista de Serviço Social e Sociedade. V.18, n. 55. São Paulo, nov/fev.1997.

_____. Família e Políticas Sociais. In: BOSCHETTI, Ivanete et al. (orgs.). **Política social no capitalismo:** tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

MONNERAT, G.L; SOUZA, R. G. Da Seguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katálisis,** Florianópolis, v.14, n. 1, p. 41-49, jan./jun.2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802011000100005>. Acesso em 10.dez.2015.

MUNIZ, T. S.; BARROS, A. O Trabalhador Idoso no Mercado de Trabalho do Capitalismo Contemporâneo. **Cadernos de Graduação Ciências Humanas e Sociais**. v.2, n.1, maio, 2014. p. 103-116. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/1079>>. Acesso em: 03.jan.2016.

NETTO, J. P. Introdução ao método da teoria social. In: **Serviço Social – direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, v. 6, n.º 1, p. 40-52.2010. Disponível em: <http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/324/341>. Acesso em: 30. dez. 2015.

NOGUEIRA, A. C. C.; MONTEIRO, M. V. C. Família e atenção em saúde: proteção, participação ou responsabilização? In: SILVA, L.B.; RAMOS, A. (orgs). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. São Paulo: Papel Social, 2013. p.139-163.

NOGUEIRA, I.R.R; ALCÂNTARA, A. O envelhecimento do homem: de qual velhice estamos falando? **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, v.17, n. 1, p. 263-282, mar. 2014. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/21203/15497>>. Acesso em: 19.nov.2015.

PEREIRA, T. C. C. A.; RANGEL, A. H. Alta hospitalar para além da liberação do leito: reflexões acerca d trabalho do assistente social em Instituição de Saúde de Alta Complexidade. In: ACOSTA, L. E. A.; SILVA, M. A. P. (orgs). **Trabalho social: estudos sobre a prática e exercício profissional dos assistentes sociais**.1.ed. Rio de Janeiro: Imperial Novo Milênio, 2014. p. 71-102.

RIO DE JANEIRO. **Decreto lei nº 32.842 de 01 de outubro de 2010**. Regulamenta a Lei nº 5211, de 01 de julho de 2010, que institui o Bilhete Único no Município do Rio de Janeiro [...]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4800832/4138120/Decreto_32842_2010.pdf>. Acesso em: 17.jan.2016.

_____.**Lei nº 4510, de 13 de Janeiro de 2005**. Dispõe sobre a isenção do pagamento de tarifas nos serviços de transporte intermunicipal de passageiros [...]. Disponível em: <<http://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/88465/lei-4510-05>>. Acesso em: 17.jan.2016.

SILVA, L. B. Condições de Vida e Adoecimento por Câncer. **Libertas**, Juiz de Fora. v.10, n.2, p. 172-187, jul / dez 2012.

TEIXEIRA, S. M. Envelhecimento do trabalhador e as tendências das formas de proteção social na sociedade brasileira. **ARGUMENTUM**, Vitória, v. 1, n. 1, p. 63-77, jul./dez. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/13/15>>. Acesso em: 03.jan.2016.